

FEVRIER 2019

LA COUVERTURE DES BESOINS EN SANTE DES PERSONNES EN SITUATION DE PRECARITE PAR LES LITS HALTE SOINS SANTE

en Bourgogne-Franche-Comté

Marielle BOSSU et Pauline PAYRASTRE
CREAI BOURGOGNE-FRANCHE-COMTE

« Porter la bannière », cela signifie marcher dans les rues toute la nuit...

Jack London, *Le peuple de l'abîme*, 1903

Table des matières

1. CONTEXTE, OBJET, METHODOLOGIE DE L'ETUDE ET DEFINITION DES LHSS	6
1.1 Contexte national et régional sur la précarité et l'accès aux soins et objet de l'étude.....	6
1.2 Définition des LHSS et offre régionale	8
1.3 Méthodologie de l'étude	10
2. LOCALISATION DE L'OFFRE EN LHSS ET DE L'OFFRE SPECIFIQUE LIEE AU PERIMETRE DE L'ETUDE... ..	12
3. UNE HETEROGENEITE DES PARCOURS DES PERSONNES RELEVANT D'UNE PLACE EN LHSS ET DES REPONSES APORTEES.....	16
3.1 Les profils et situations des personnes en amont de l'admission en LHSS.....	16
3.1.1 Une population surtout masculine, majoritairement de plus de 40 ans, dont un tiers est de nationalité étrangère.....	16
3.1.2 Une « ancienneté » relativement récente en tant que personne sans domicile fixe avec divers types d'hébergements antérieurs	19
3.1.3 Une part importante de personnes sans ressource avec des non recours à certains droits mais souvent avec une couverture médicale	22
3.1.4 Une majorité d'admission à la demande d'un établissement de santé, fréquemment en raison d'une pathologie lourde ou chronique, avec des problèmes de santé cumulés	26
3.1.5 Une situation sociale marquée par l'isolement, par des freins multiples dans l'accès à un logement et dans la réalisation des démarches administratives	31
3.2 Accompagnement pendant le parcours en LHSS.....	33
3.2.1 Des durées de séjour en majorité de plus de deux mois avec peu de ruptures de parcours ...	33
3.2.2 Un vaste panel de soins, de consultations et services en santé mis en place	36
3.2.3 Une grande diversité des réponses sociales apportées et une évolution de certains droits....	38
3.3 Les sorties des LHSS	40
3.3.1 Des personnes sans domicile fixe souhaitant un logement ordinaire mais souvent résignées... ..	41
3.3.2 Des professionnels exprimant des sorties « souhaitables » biaisées par les réalités de l'offre et des exigences administratives.....	42
3.3.3 Des écarts majeurs entre les souhaits des personnes quant à la suite de leur parcours et les sorties effectives	44

4. UNE DISPARITE DES FONCTIONNEMENTS DES LHSS ET UNE SOUPLESSE DES ACCOMPAGNEMENTS ..	47
4.1 L'influence de l'offre de service de la structure porteuse et de la composition de l'équipe sur l'organisation du LHSS.....	47
4.1.1 Une nécessaire mutualisation des ressources humaines et matérielles	47
4.1.2 Des effets de l'offre d'hébergement de la structure porteuse sur les parcours des personnes.....	48
4.1.3 Des équipes toujours pluridisciplinaires mais de composition variable	49
4.2 Les impacts de la diversité des décisions et des modalités d'admission.....	51
4.2.1 Des demandes d'admission parfois inadaptées.....	51
4.2.2 Des processus d'admissions variables mais toujours formalisés	52
4.2.3 Des motifs d'admission divers permettant de réguler les places	53
4.3 L'influence des conditions d'accueil	55
4.3.1 Des locaux et équipements plus ou moins adaptés.....	55
4.3.2 Une marge d'autonomie variable dans les règlements de fonctionnement	56
4.4 Des formes diverses de participation au collectif.....	58
4.4.1 Différentes propositions des professionnels en faveur de la démocratie participative.....	58
4.4.2 Une solidarité importante entre les personnes	59
4.5 Une multitude de services et de partenariats mis en œuvre mais peu formalisés	60
4.5.1 Des modalités d'accompagnement multiples et variées mais peu de documents de suivi.....	60
4.5.2 De nombreux partenariats indispensables mais à renforcer	63
5. LES CONDITIONS DE REUSSITE DU DEPLOIEMENT DE L'OFFRE LHSS	65
6. PROJECTION TERRITORIALISEE DES BESOINS EN LHSS, D'UNE OFFRE INTERDEPENDANTE ET PROPOSITIONS COMPLEMENTAIRES	69
6.1 Projection territorialisée de l'offre LHSS et d'une offre interdépendante	69
6.2 Point de vigilance et propositions en faveur du déploiement.....	72
CONCLUSION ET SYNTHESE DES PRECONISATIONS	76

ANNEXE 1 : CALENDRIER DE REALISATION DE L'ETUDE	82
ANNEXE 2 : LISTE DES PERSONNES RENCONTREES AU COURS DE L'ETUDE.....	85
ANNEXE 3 : CARTE D'IDENTITE DES LHSS DE BOURGOGNE-FRANCHE-COMTE	90
ANNEXE 4 : BIBLIOGRAPHIE	94
ANNEXE 5 : SIGLES UTILISES	95

REMERCIEMENTS

Le CREAI Bourgogne Franche-Comté tient à remercier l'ensemble des professionnels ayant permis de mener à bien cette étude, par leur disponibilité, leur participation aux réunions, leur transmission de données et l'intérêt dont chacun a fait preuve lors des échanges.

Nous remercions également les personnes accompagnées par les Lits Halte Soins Santé, ayant accepté de nous faire confiance et de nous consacrer du temps à travers le récit de leur parcours.

1. CONTEXTE, OBJET, METHODOLOGIE DE L'ETUDE ET DEFINITION DES LHSS

1.1 Contexte national et régional sur la précarité et l'accès aux soins et objet de l'étude

L'ensemble des rapports sur l'état de santé des personnes en situation de précarité témoigne de multiples freins dans l'accès aux soins et dans la continuité de ceux-ci pour ce public (voir bibliographie en annexe 4). Les raisons sont en partie financières, mais aussi liées à la complexité d'accès à une couverture maladie et à l'offre de soins parfois insuffisante et inadaptée aux besoins spécifiques des personnes en situation de précarité. Elles peuvent aussi être dues à l'appréhension des soins par ces populations et à des pratiques discriminantes de la part des professionnels, pratiques que les personnes en situation de précarité finissent par intégrer et anticiper, les conduisant alors à une auto discrimination dans leur accès aux soins. De plus, nombre d'entre elles s'inscrivent souvent dans une volonté de ne pas se plaindre comme en témoignent quelques propos relatés dans ce rapport, car habituées à une vie de privation et donnent aussi à voir une capacité de résistance à la douleur et de minimisation de leurs problèmes de santé, les conduisant à en faire fi et donc à ne pas recourir à ce dont elles auraient *a priori* besoin. Compte tenu de leur absence de logement, les risques de dégradation de l'état de santé sont pourtant accentués pour ces personnes (pas d'intervention possible de services à domicile, risques sanitaires liés au manque d'hygiène, etc.).

Comme le rappelle le rapport portant sur « L'accès aux droits et aux soins des personnes en situation de handicap et des personnes en situation de précarité » de Marianne CORNU-PAUCHET paru en juillet 2018¹, 9 millions de personnes vivent en France en situation de précarité, c'est-à-dire en dessous du seuil de pauvreté, soit avec moins de 1 000 € par mois en 2013. L'étude de 2012 de l'INSEE² estime que 143 000 des personnes en situation de précarité sont sans domicile, avec une évolution de plus de 50 % entre 2001 et 2012, sachant que cette étude ne comptabilise pas les personnes dormant dans la rue et n'ayant sollicité aucun service (repas, etc.). 1 personne sans domicile sur 10 serait sans abri, c'est-à-dire dormant dans un lieu non prévu pour l'habitation³.

Notons par ailleurs que la CNAM⁴ a mis en évidence une prévalence des pathologies plus élevée pour les bénéficiaires de la CMU-C⁵ par rapport à la population générale (diabète, maladies cardio-vasculaires et respiratoires, etc.) avec une fréquence multipliée par deux concernant les maladies psychiatriques. En outre, 24% à 36% des personnes pauvres pouvant bénéficier de la couverture maladie gratuite via la CMU-C n'y ont pas recours pour diverses raisons (complexité des démarches, absence de connaissance du dispositif, etc.). Ces problématiques sont accentuées pour les personnes sans domicile fixe avec une conséquence majeure sur leur espérance de vie : selon un recensement effectué entre 1998 et 2010 par « les morts de la rue », l'âge moyen de décès des personnes ayant vécu, à un moment ou à un autre à la rue, est de 49 ans.

¹ Rapport réalisé à la demande du Ministère des solidarités et de la santé dans le cadre de l'article 64 de la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année 2018 prévoyant la remise au Parlement d'un rapport sur l'accès aux soins des personnes en situation de handicap et personnes en situation de précarité

² Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques : L'hébergement des sans-domicile en 2012, Françoise Yaouancq, Alexandre Lebrère, Maryse Marpsat, Virginie Régnier (Insee) ; Stéphane Legleye, Martine Quaglia (Ined)

³ Selon l'INSEE, la notion de sans domicile fixe renvoie aux personnes privées d'une résidence fixe. Elle est donc plus large que celle des sans-abri car elle inclut les personnes qui vont d'un hébergement à un autre sans jamais faire l'expérience de la rue.

⁴ Caisse Nationale d'Assurance Maladie

⁵ Couverture Maladie Universelle Complémentaire

En écho à ces quelques données, dans le cadre du renouvellement par l'Agence Régionale de Santé (ARS) de Bourgogne-Franche-Comté en 2017 du Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) pour les personnes les plus démunies⁶, ayant pour objectif de réduire les inégalités de santé au regard de l'exposition de certaines populations face à la précarisation, la pauvreté et l'exclusion sociale, les choix ont été faits de prioriser les publics suivants :

- Personnes désocialisées et/ou relevant de structures d'accueil, d'hébergement et d'insertion, et du logement accompagné
- Migrants
- Habitants de logement insalubres et/ou indignes
- Habitants des quartiers prioritaires et des quartiers en veille active
- Personnes précaires en milieu rural
- Personnes en situation de précarisation du fait de la chronicisation de leur pathologie
- Personnes sous-main de justice/sortants de prison

Par ailleurs, six objectifs généraux du PRAPS BFC ont été définis :

- Impliquer, à chaque étape et à chaque échelon, les publics concernés dans la construction et la déclinaison du programme
- Favoriser une communication et une diffusion de l'information adaptées aux publics du PRAPS
- Renforcer l'interconnaissance entre acteurs pour une approche globale de la santé des publics en situation de précarité et une meilleure transition vers l'offre de droit commun
- Faciliter et optimiser les démarches administratives
- Adapter les réponses d'accès à l'offre de prévention et aux soins permettant de prévenir le risque de sortie du droit commun ou conduisant vers celui-ci
- Déployer les conditions d'une offre médico-sociale, sanitaire et sociale permettant une prise en charge globale et de qualité

Parmi ces publics cibles et les objectifs fixés, nombre d'entre eux peuvent impacter l'offre des Lits Halte Soins Santé (LHSS) en Bourgogne-Franche-Comté afin d'améliorer la prévention et l'accès aux soins des plus démunis. Ainsi, dans la mise en œuvre des orientations du PRAPS, l'ARS et la DRDJSCS⁷ BFC ont sollicité le CREAI pour évaluer la couverture des besoins en santé des personnes en situation de précarité proposée par les LHSS et les perspectives d'évolutions. Les objectifs de cette étude sont de :

- disposer d'un outil d'aide à la décision pour la mise en œuvre du PRAPS
- d'éclairer les décideurs sur les besoins d'évolutions de l'offre existante quant au fonctionnement des LHSS et aux trajectoires des personnes
- de prioriser la couverture territoriale sur les besoins en places de LHSS.

⁶ Les PRAPS ont été instaurés par la loi n°98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions. La loi n°2009-879 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) le conforte en tant que programme obligatoire des Projets Régionaux de Santé (PRS) portés par les ARS. Conclut pour une période de 5 ans, ces derniers sont arrivés à échéance en 2016.

⁷ Direction Régionale et Départementale Jeunesse, Sport et Cohésion Sociale

1.2 Définition des LHSS et offre régionale

Les LHSS sont issus des « lits infirmiers », installés à titre expérimental en 1993, chargés d'accueillir des personnes sans domicile fixe dont l'état de santé ne justifie pas ou plus l'hospitalisation, mais nécessite une prise en charge sanitaire et sociale adaptée. Le Comité interministériel de lutte contre les exclusions (CILE) du 6 juillet 2004 a décidé par la suite de « développer les possibilités de dispenser des soins aux personnes sans domicile fixe ». Il précisait qu'il convenait « de donner un statut juridique et financier aux structures halte santé, de définir un cahier des charges de mise en œuvre et de fonctionnement », avec l'objectif de créer 100 lits par an, pendant cinq ans.

La loi n°2005-1579 du 19 décembre 2005 relative au financement de la sécurité sociale pour 2006, dans son article 50, a créé les structures dénommées « lits halte soins santé » et a spécifié le principe de leur financement. Les LHSS sont ainsi définis par le décret n°2006-556 du 17 mai 2006 puis par le décret n°2016-12 du 11 janvier 2016 relatifs aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des structures LHSS⁸.

« Les structures dénommés Lits Halte Soins Santé accueillent des personnes majeures, sans domicile fixe, quelle que soit leur situation administrative, ne pouvant être prises en charge par d'autres structures, dont la pathologie ou l'état général, somatique ou psychique, ne nécessite pas une prise en charge hospitalière ou médico-sociale spécialisée mais est incompatible avec la vie à la rue. Elles ne sont pas dédiées à une pathologie donnée.

Elles ont pour missions :

1°) De proposer et dispenser aux personnes accueillies des soins médicaux et paramédicaux adaptés, qui leur seraient dispensés à leur domicile si elles en disposaient, et de participer à l'éducation à la santé et à l'éducation thérapeutique des personnes accueillies ;

2°) De mettre en place un accompagnement social personnalisé visant à faire reconnaître et valoir les droits des personnes accueillies ;

3°) D'élaborer avec la personne un projet de sortie individuel.

[...]

L'orientation vers les " lits halte soins santé " est réalisée par un professionnel de santé. Le service intégré d'accueil et d'orientation (SIAO) peut orienter les personnes vers les structures " lits halte soins santé " à la condition qu'il dispose d'au moins un professionnel de santé. L'admission est prononcée, sur demande de la personne, par le directeur de la structure, après avis favorable du médecin responsable des " lits halte soins santé ". La sortie d'une personne accueillie en " lits halte soins santé " est soumise à avis médical, pris après concertation avec l'équipe pluridisciplinaire de la structure. »

Autrement dit, afin de contourner l'oxymore « d'incompatibilité avec la vie à la rue », partant du principe que rien n'est compatible avec une vie à la rue, les LHSS permettent un accueil inconditionnel des personnes sans domicile fixe n'étant pas prises en charge par d'autres structures et dont l'état de santé nécessite des soins et/ou un suivi de santé couplés d'un accompagnement social dont elles ne peuvent disposer compte tenu du fait qu'elles n'ont pas d'hébergement stable ou de logement.

⁸ Décret du 17 mai 2006 : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006053708>

Décret du 11 janvier 2016 : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031824723&categorieLien=id>

Précisons en outre qu'une évolution majeure entre les deux décrets a porté sur la durée prévisionnelle de séjour en LHSS. Le décret de 2006 spécifiait « la durée prévisionnelle du séjour est inférieure à deux mois » tandis que le décret de 2016 a complété « la durée prévisionnelle du séjour est au maximum de deux mois. Cette durée est renouvelable autant de fois que de besoins, en fonction de l'état sanitaire de la personne. »

La région Bourgogne-Franche-Comté était dotée en 2017 de 36 places de LHSS selon la répartition suivante, sur un total de 1 496 places sur le territoire national⁹ :

DEPARTEMENT	VILLE	ASSOCIATION GESTIONNAIRE	NOMBRE DE PLACES
COTE D'OR	Dijon	Le Renouveau	4
	Dijon	SDAT	5
DOUBS	Besançon	CCAS	9
	Montbéliard	CCAS	4
	Pontarlier	ADDSEA	4
SAONE ET LOIRE	Le Creusot	Le Pont	6
	Macon	Le Pont	4

En février 2018, un appel à projet pour la création de 10 places a été publié par l'ARS selon la répartition suivante :

DEPARTEMENT	VILLE	ASSOCIATION GESTIONNAIRE	NOMBRE DE PLACES
JURA	Lons le Saunier	AIR	2 <i>(en attente de la visite de conformité)</i>
HAUTE SAONE	Vesoul	AAP infructueux	2
NIEVRE	Nevers	AAP infructueux	2
YONNE	Migennes	Croix Rouge	4 <i>(en attente de la visite de conformité)</i>

Il existe donc un total de 36 places effectives sur la région actuellement, prochainement 42 places lorsque les visites de conformité auront été conduites sur le Jura et l'Yonne et 46 places à terme en 2019. L'appel à projet de 2018 ayant été en effet infructueux sur la Haute Saône et la Nièvre, l'ARS a publié un 2^{ème} appel à projet sur ces territoires en décembre 2018 avec une mise en œuvre attendue au 2^{ème} trimestre 2019.

En 2018, le prix de journée d'un LHSS s'élève à 114.2 € / jour / lit.

⁹Au 31/12/2017, la répartition des places en France, intégrant les territoires d'Outre-Mer, va de 447 places (Ile de France) à 2 places (Corse). Sur l'ensemble des 12 régions métropolitaines, la Bourgogne-Franche-Comté se situe à la 10^{ème} place en terme de dotation en LHSS avec ses 46 places prévues en 2019.

1.3 Méthodologie de l'étude

En tant qu'outil d'aide à la décision au service de l'ARS et de la DRDJSCS pour la mise en œuvre du PRAPS concernant les besoins d'évolutions des LHSS, l'étude consistait au recueil et à l'analyse de données quantitatives et qualitatives sur la Bourgogne-Franche-Comté. Elle a été composée de 4 volets :

- **Un 1^{er} volet relatif à l'observation du fonctionnement des LHSS et des parcours des personnes accueillies.** Il s'agissait d'interroger la réalité de fonctionnement et d'organisation des 7 LHSS de la région au sujet des parcours des personnes accompagnées en amont et en aval du séjour en LHSS, de la gestion de la file active, des réponses apportées, des partenariats mis en œuvre. Cet état des lieux a permis d'analyser, d'une part, le mode de fonctionnement des LHSS, d'autre part, les profils et les parcours des personnes accueillies sur ce dispositif avec la mise en évidence de fragilités et de ruptures dans les situations observées.
- **Un 2^{ème} volet relatif à l'évaluation qualitative des réponses apportées par les LHSS aux besoins d'accompagnement en santé et social des personnes accueillies et le recueil des avis de ces dernières.** Il s'agissait d'étudier si l'offre de soins proposée par chacun des 7 LHSS répondait de manière efficiente aux besoins des personnes.

Pour ces deux 1^{ers} volets, le taux de réponse à l'enquête est de 100 %, avec la description des situations de 120 personnes accompagnées en 2017 sur les 36 places des 7 LHSS de la région. Les équipes des 7 dispositifs ont été rencontrées, ainsi que 11 personnes accompagnées.

- **Un 3^{ème} volet relatif à l'évaluation des besoins en santé des personnes en situation de précarité accueillies par les acteurs de la prise en charge sociale et sanitaire et dont les besoins relèveraient de l'offre d'un LHSS** (Centres d'hébergement et de réinsertion sociale¹⁰ - CHRS et Hébergement d'urgence - HU¹¹, maraudes, Permanences d'Accès aux Soins - PASS, abris de nuit). Il s'agissait de s'interroger, avec ces acteurs, sur la nécessité de créer des LHSS dans les départements non couverts et sur la pertinence de l'offre actuelle sur les 3 autres.
- **Un 4^{ème} volet quantitatif et qualitatif, relatif à la territorialisation sur les bassins de vie (à l'échelle des départements) des besoins en LHSS et aux perspectives d'évolution de l'offre existante,** en comparant notamment les données collectées lors des 3 premiers volets.

Pour ces deux autres volets, le taux de réponse à l'enquête concernant les personnes en situation de précarité relevant potentiellement d'une place en LHSS est très faible¹² : seuls 13 dispositifs du Doubs, de la Haute-Saône et du Jura ont répondu sur plus d'une centaine sur la région¹³. Ils concernent 80 personnes mais leurs réponses étaient parfois incomplètes ou incohérentes¹⁴ ce qui n'a pas permis d'en faire un traitement statistique fiable. En outre, les rencontres sur les territoires n'ont pas réuni tous les acteurs escomptés, notamment ceux de la santé, mais ont permis malgré tout des échanges plus approfondis sur les besoins du public cible sur le plan sanitaire et social.

¹⁰ Ont été étudiées les situations des personnes accueillies sur des places d'urgence et de stabilisation

¹¹ Soit un total de 2 368 places d'hébergement ciblées par l'enquête

¹² Différentes explications peuvent être attribuées à ce constat : le recueil adopté pour cette partie de l'étude s'appuyant sur une enquête « flash », certaines structures n'accueillaient aucune personne concernée le jour de l'enquête ; par ailleurs, les acteurs étant sollicités fréquemment pour la transmission de données auprès des autorités compétentes et en l'occurrence pour d'autres enquêtes sur la même période, ils ne disposaient pas forcément des moyens humains en termes de temps à consacrer pour répondre à toutes les sollicitations ; enfin, la demande de recueil de données ayant été transmise aux directions ou secrétariats des structures concernées sur la base des contacts AHI de la DRDJSCS, les personnes qui auraient pu être à même de renseigner l'enquête au sein de ces structures n'ont souvent pas été détentrices de la sollicitation du CREAI malgré trois relances.

¹³ A noter qu'un dispositif de Côte d'Or (Genlis), trois de Saône et Loire (Macon, Digoïn et Autun) et deux de l'Yonne (Sens et Auxerre) ont indiqué ne pas pouvoir répondre à l'enquête faute de disposer des informations demandées.

¹⁴ Certains dispositifs renseignant parfois des données pour des personnes devant être admises en LHSS selon eux mais sans problèmes de santé renseignés.

Pour mener à bien ces différents volets, l'étude s'est organisée autour de deux principales étapes (calendrier en annexe 1) :

- **Etape 1** : Une phase d'enquête sur les parcours, situations, besoins des personnes accompagnées en LHSS durant l'année 2017, sur les réponses apportées et sur les fonctionnements des dispositifs et des rencontres avec les équipes des 7 LHSS de la région et quelques personnes accompagnées
- **Etape 2** : Une phase d'enquête sur les situations et besoins des personnes accompagnées par les acteurs de la prise en charge sociale et sanitaire (CHRS, HU, maraudes, PASS, abris de nuit) dont les caractéristiques correspondent à un besoin d'accompagnement en LHSS et des rencontres avec les acteurs sur les territoires et lors de la coordination régionale des SIAO et PASS.

La notion de « personnes en situation de précarité », pour la seconde étape, était entendue comme les personnes vivant à la rue ou hébergées dans des structures dédiées. Il s'agissait donc de personnes accompagnées par des maraudes, des abris de nuit, des accueils de jour, des hébergements d'urgence ou de stabilisation ou encore des PASS. En outre, le besoin en « santé », telle que définie par l'Organisation Mondiale de la Santé, à savoir « *un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* » était identifié dans cette étude à travers le recours au dispositif LHSS uniquement.

A noter que les réunions avec les acteurs de la prise en charge sociale et sanitaire devaient s'organiser à l'origine en lien avec les groupes de travail mis en place dans le cadre des PDALHPD¹⁵ et avec le soutien organisationnel des DDCSPP¹⁶. A défaut de l'opérationnalité de ces derniers sur certains territoires, les temps d'échanges avec le CREAI ont eu lieu en général directement en lien avec les commissions SIAO. Les rencontres ont pu se faire à l'issue d'une commission SIAO dans trois cas sur 8 mais, dans deux de ces cas, la moindre durée du temps d'échange (moins d'une heure) n'a pas permis de recueillir l'ensemble du matériau nécessaire pour évaluer précisément les besoins. Dans les autres cas, les réunions ont été organisées conjointement avec les DDCSPP lors d'un temps dédié avec les acteurs de l'Accueil Hébergement Insertion (AHI) en présence, quelques rares fois, d'un acteur du secteur sanitaire, sur des durées de 1h30 à 2h30 mais parfois avec peu de participants (voir la liste des personnes rencontrées en annexe 2). Cette organisation a, là aussi, limité la collecte d'informations sur la diversité des situations rencontrées sur les territoires concernant les besoins d'accompagnement en LHSS.

Précisons également que la rencontre avec les SIAO et les PASS était organisée par la DRDJSCS et l'ARS dans le cadre de la réunion de coordination régionale des SIAO afin de collecter des informations complémentaires aux rencontres avec les acteurs de l'AHI. Cette réunion a aussi été le temps d'une restitution intermédiaire des travaux et des premiers éléments d'analyse auprès des commanditaires. Réunissant une quarantaine de personnes avec un ordre du jour dense, les temps d'échanges ont été relativement restreints pour permettre de compléter de manière approfondie les apports des 1^{ers} volets de l'étude.

***Note de lecture** : Compte tenu des données plus ou moins riches recueillies sur les différents volets, les indications présentées dans les graphiques de la partie 3 sur les caractéristiques des personnes sans domicile fixe relevant d'une place en LHSS sont celles des personnes qui y ont été effectivement admises en 2017. Les commentaires fournissent quelques données sur les situations des personnes non entrées en LHSS mais qui, d'après les acteurs, pourraient y prétendre, et certains éléments d'analyse issus des différentes rencontres.*

¹⁵ Plan Départemental d'Action pour le Logement et l'Hébergement des Personnes Défavorisées

¹⁶ Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations

Enfin, nous convenons dans ce rapport que les personnes « migrantes » sont définies comme les demandeurs d'asile dont l'instruction est en cours, ceux ayant obtenu une protection, les déboutés, les dublinés (c'est-à-dire les personnes faisant l'objet d'une procédure de transfert ou « réadmission » vers un autre pays européen, selon le règlement 604/2013/UE du 26 juin 2013 dit « Dublin »). D'après les échanges avec les acteurs, cette population est, ou a été, majoritairement en migration vers la France pour des raisons de besoins en santé, de recherche d'une amélioration de leur situation de pauvreté, de fuite d'un pays en guerre, de rapprochement vers leur famille (sans parler nécessairement de « regroupement familial »).

La compilation et l'analyse de l'ensemble du matériau recueilli pendant les travaux sont synthétisés et exposés au travers de cette étude de la manière suivante :

- Présentation cartographiée de l'offre LHSS en BFC et de l'offre spécifique avec laquelle elle est principalement en lien (hébergement d'urgence et de stabilisation, PASS, LAM¹⁷, ACT¹⁸)
- Description et analyse des parcours des personnes sans domicile fixe accueillies ou relevant d'une place en LHSS
- Description des organisations, des fonctionnements et des modalités d'accompagnement des LHSS et analyse des points forts et points de vigilance
- Préconisations concernant le déploiement fonctionnel de l'offre LHSS
- Projection territorialisée des besoins en LHSS et de l'offre complémentaire et recommandations globales quant à la mise en œuvre du déploiement.

2. LOCALISATION DE L'OFFRE EN LHSS ET DE L'OFFRE SPECIFIQUE LIEE AU PERIMETRE DE L'ETUDE

Les deux cartes présentées ci-dessous renseignent sur une partie de l'offre en Bourgogne-Franche-Comté à destination des personnes sans domicile fixe, concernant :

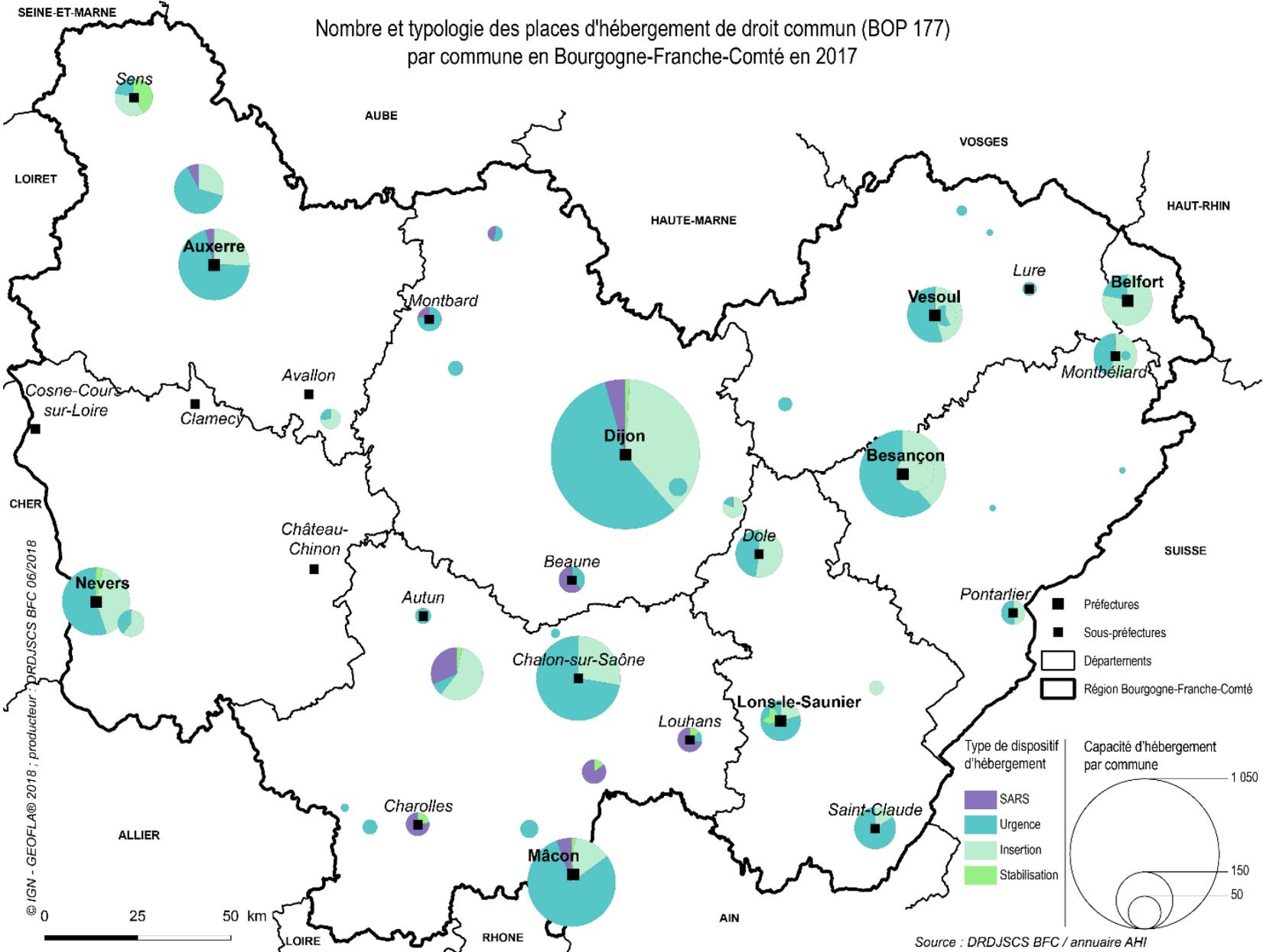
- les places d'hébergement de droit commun en 2017, plus précisément les places d'urgence et de stabilisation
- les dispositifs médico-sociaux et sanitaires qui leurs sont dédiés pour leur prise en charge en santé (LHSS, LAM, ACT, PASS)

¹⁷Expérimentés en 2009, les LAM ont été créés de façon pérenne en 2013, notamment suite au constat d'une évaluation nationale des LHSS montrant que 30 % des personnes reçues l'étaient exclusivement pour des pathologies de longue durée (Korsakov, Alzheimer, cancers évolués, schizophrénie, etc.). Les conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des LAM sont définies dans le même décret des LHSS du 11 janvier 2016, le public cible étant « des personnes majeures sans domicile fixe, quelle que soit leur situation administrative, atteintes de pathologies lourdes et chroniques, irréversibles, séquellaires ou handicapantes, de pronostic plus ou moins sombre, pouvant engendrer une perte d'autonomie et ne pouvant être prises en charge dans d'autres structures ». Au 31/12/2017, il existe 510 places de LAM en France dont 20 devraient être créées en BFC en 2019. En 2018, le prix de journée d'un LAM s'élève à 202.5€/jour/lit.

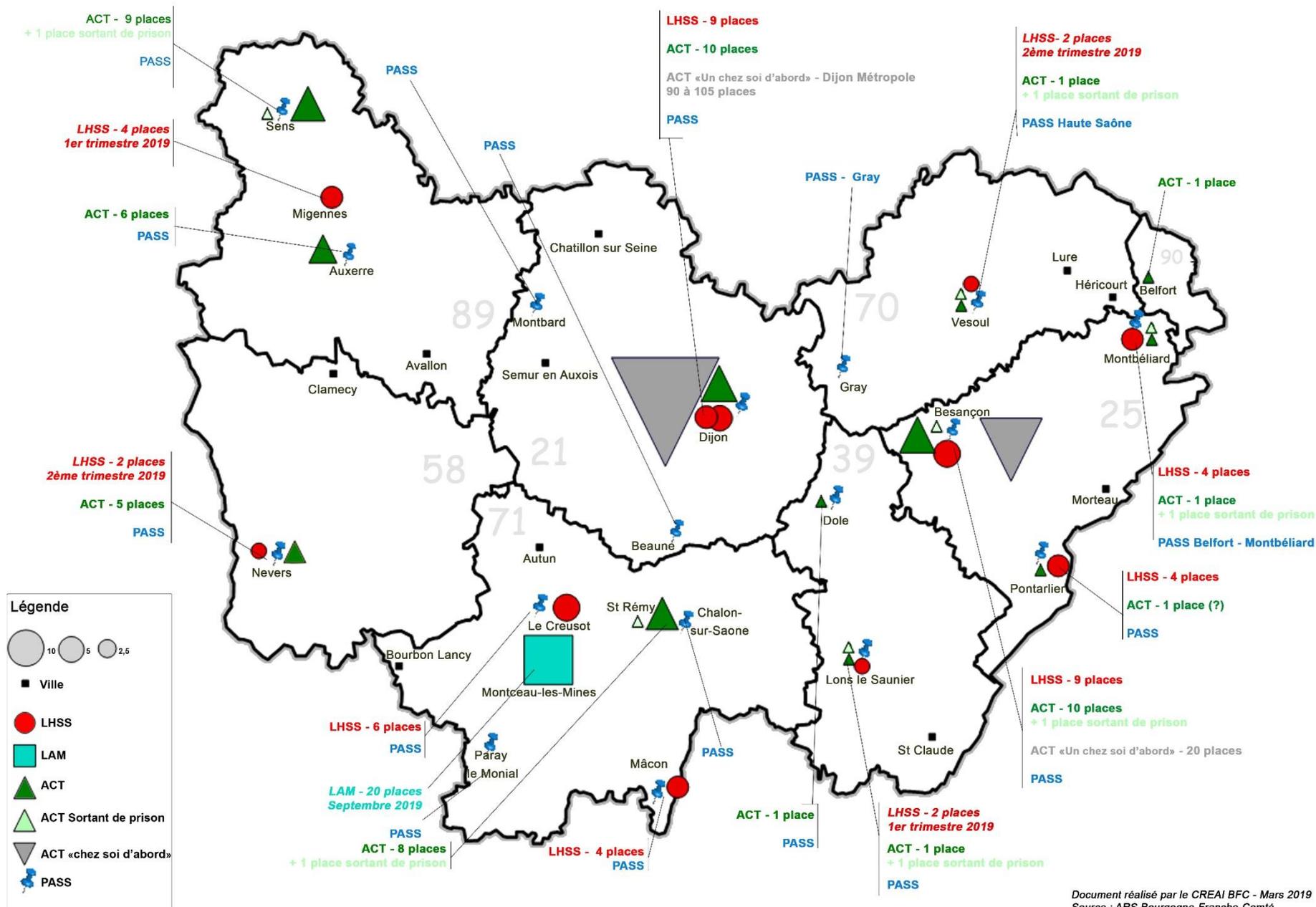
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031824723&categorieLien=id>

¹⁸ Les conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des ACT sont décrites dans la circulaire DGS (SD6/A)/DGAS/DSS n° 2002-551 du 30 octobre 2002. Ils constituent des structures qui hébergent à titre temporaire des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale et nécessitant des soins et un suivi médical. Notons que les dépenses d'alimentation restent à la charge des personnes accueillies et qu'elles sont redevables d'un forfait journalier dont le montant ne peut excéder 10 % du forfait hospitalier de droit commun (soit 20 € / jour au 1^{er} janvier 2018) - <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2003/03-13/a0130986.htm>

Nombre et typologie des places d'hébergement de droit commun (BOP 177) par commune en Bourgogne-Franche-Comté en 2017



© IGN - GEOFLA® 2018 ; producteur : DRDJSCS BFC 06/2018



La comparaison de ces deux cartographies conduit à faire d'ores et déjà trois constats par rapport à l'offre existante :

- des écarts importants entre les places d'hébergement d'urgence et de stabilisation et celles offrant un accompagnement sanitaire et social aux personnes sans domicile fixe¹⁹, notamment sur Vesoul, Belfort, Dole, St Claude, Beaune, Macon, Charolles / Paray le Monial / Bourbon Lancy, Nevers, Auxerre / Migennes, Sens, Semur en Auxois / Montbard / Chatillon sur Seine (l'ordre a été opéré géographiquement, de l'est vers le sud, puis vers l'ouest et vers le nord)
- une inégalité territoriale d'une partie de l'offre en hébergement et dispositifs médico-sociaux pour l'accompagnement en santé des personnes en situation de précarité, notamment sur le Jura, la Haute-Saône, l'Yonne, la Nièvre et le Territoire de Belfort alors même que ces deux derniers départements sont ceux les plus touchés par la pauvreté monétaire²⁰, même si pour autant l'accès au logement et à la CMU-C sont facilités sur ces deux territoires²¹. Dans l'Yonne et la Haute-Saône, les personnes les plus fragiles semblent cumuler des difficultés quant à la pauvreté monétaire, le chômage, le surendettement, l'accès aux soins. Le Jura quant à lui est fortement touché par le non recours à la CMU-C.
- des territoires couverts par aucune offre, par exemple Morteau, Bourbon Lancy, Château Chinon, Clamecy, Cosne sur Loire, Avallon, alors même que des personnes sans domicile fixe y vivent.

Les parties suivantes du rapport exposent les situations et les réponses apportées aux personnes relevant d'une place en LHSS, celles qui n'y ont pas accès pour diverses raisons, ou encore celles orientées par défaut d'une offre mieux adaptée. Elles permettent d'analyser plus finement, en regard de ces cartographies, les besoins identifiés et projeter ainsi certaines des réponses utiles à apporter.

¹⁹ Soulignons que nous ne comparons ici que des places alors que la population sans domicile fixe inclut les sans-abri donc ceux ne mobilisant aucune offre de l'accueil et de l'hébergement.

²⁰ Proportion de personnes ou de ménages dont le niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté

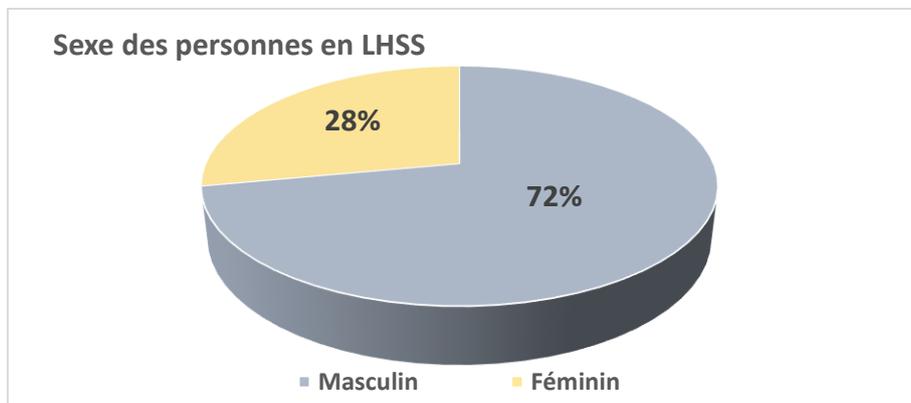
²¹ Voir le diagnostic territorial de Bourgogne-Franche-Comté en appui au plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale – Dossier INSEE n°5 – Mars 2017 : http://bourgogne-franche-comte.drdjcs.gouv.fr/sites/bourgogne-franche-comte.drdjcs.gouv.fr/IMG/pdf/ind_05_integral.comprime.pdf

3. UNE HETEROGENEITE DES PARCOURS DES PERSONNES RELEVANT D'UNE PLACE EN LHSS ET DES REPONSES APORTEES

Les parcours des personnes sont décrits ici de l'amont jusqu'à l'aval d'une place LHSS, tant pour celles qui étaient sur une place en 2017 que pour celles qui en auraient relevé. Leur observation permet des comparaisons entre les deux types de population et ils sont également parfois mis en regard de données nationales pour comprendre les évolutions de certaines tendances. L'analyse de ces parcours conduit à produire certains constats, dont certains seront étayés sur un plan qualitatif plus approfondi dans la partie 4 de ce rapport.

3.1 Les profils et situations des personnes en amont de l'admission en LHSS

3.1.1 Une population surtout masculine, majoritairement de plus de 40 ans, dont un tiers est de nationalité étrangère

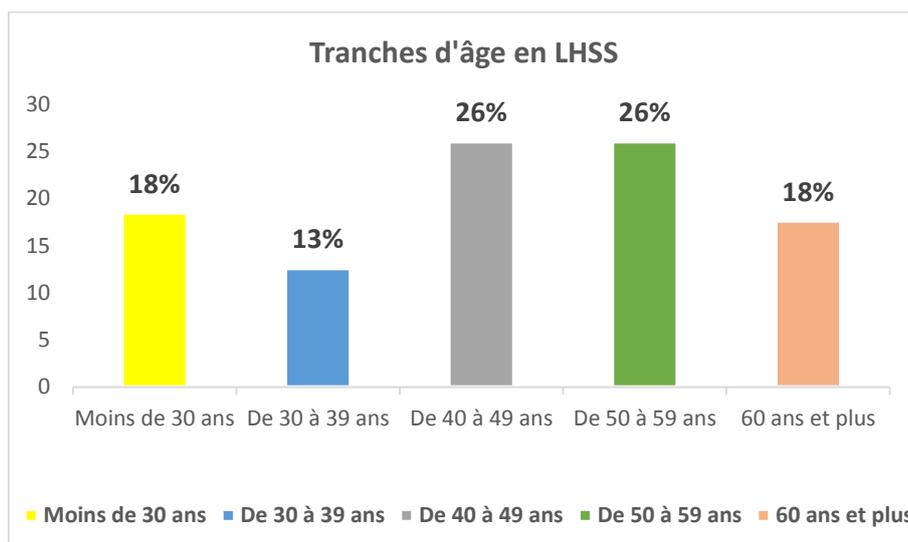


72 % des personnes entrant en LHSS sont des hommes. Ce constat est identique concernant les personnes en situation de précarité accompagnées par les acteurs de l'AHJ et qui relèveraient d'une place en LHSS avec 78 % d'hommes.

Parmi les personnes admises en LHSS en 2017 en BFC, 92 % n'ont pas d'enfants vivant avec eux. A noter que parmi les 10 personnes ayant des enfants à charge, quatre ont de 2 à 5 enfants. Dans certains cas, les LHSS accueillent les enfants quand aucune autre solution ne peut être trouvée mais cette pratique reste rare. Le décret de 2016 précise « dans la mesure du possible, la structure assure l'accueil de l'entourage proche » mais il semble que la situation se présente peu d'après les équipes LHSS et, le cas échéant, nous verrons que les dispositions en ce sens ne sont pas vraiment prévues.

Notons que selon les résultats de l'enquête INSEE de 2012²², un tiers des personnes sans domicile sont des femmes avec une forte progression constatée depuis 10 ans. Cette évolution sera donc potentiellement à prendre en compte pour les LHSS dans les perspectives d'accueil mère-enfant.

²² Bénédicte MORDIER, Economie et statistiques n°488-489, 2016



Les âges des personnes accompagnées en LHSS vont de 18 à 90 ans avec des parcours antérieurs hétérogènes comme nous le verrons au fil du rapport.

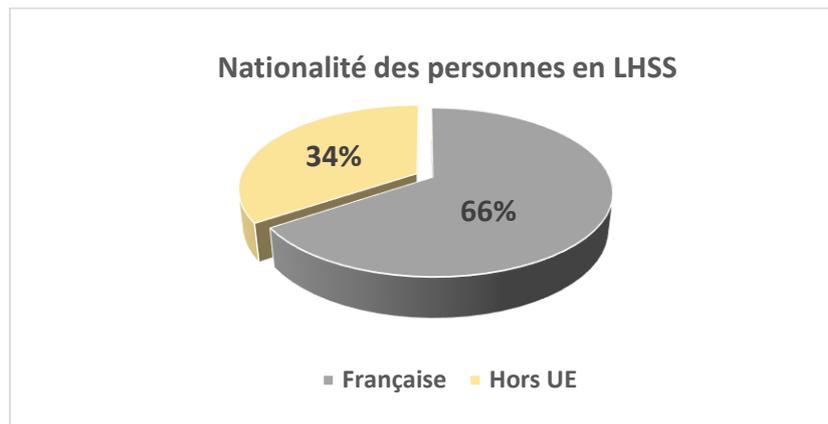
70 % des personnes accompagnées en LHSS en 2017 sur la région BFC ont plus de 40 ans, dont 44 % ont plus de 50 ans. La moyenne d'âge se situe à 46 ans.

Là aussi, le constat est proche concernant les personnes en situation de précarité accompagnées par les acteurs de l'AHJ et qui relèveraient d'une place en LHSS avec 66 % ayant plus de 40 ans.

Ceci étant, la population de moins de 30 ans en LHSS n'est pas négligeable puisqu'elle représente près d'une personne accompagnée sur 5. Cela n'est pas surprenant au regard des données de l'atlas de la cohésion sociale en BFC de novembre 2018 précisant que les ménages dont la personne de référence a moins de 30 ans ont un taux de pauvreté de 25.7 % contre 15.3 % pour ceux de 30-39 ans. En outre, les rencontres avec les acteurs de l'AHJ pointent sur certains territoires la complexité de l'accompagnement de jeunes demandeurs d'asile de moins de 25 ans, plus nombreux depuis récemment, présentant des difficultés spécifiques pour s'inscrire dans une prise en charge sanitaire et sociale compte tenu d'une construction identitaire dans un long parcours d'exil et d'isolement renforçant parfois la distanciation à l'égard de toute forme de lien.

Selon l'enquête INSEE de 2012, l'âge moyen des personnes sans domicile progresse : « *les personnes de 60 ans et plus sont trois fois plus nombreuses qu'en 2001* ». En parallèle, leur état de santé souvent davantage dégradé compte tenu de leur parcours nécessite des soins et un accompagnement plus soutenus. Dès lors, pour ceux qui pourraient prétendre à une place en LHSS, l'avancée en âge peut constituer un frein dans cet accès si la perte d'autonomie ou la situation de santé est trop aggravée, alors même que ces personnes sont aussi fréquemment non admises en EHPAD²³ pour des raisons de ressources ou de risques de comportements inadaptés (effets de conduites addictives par exemple).

²³ Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

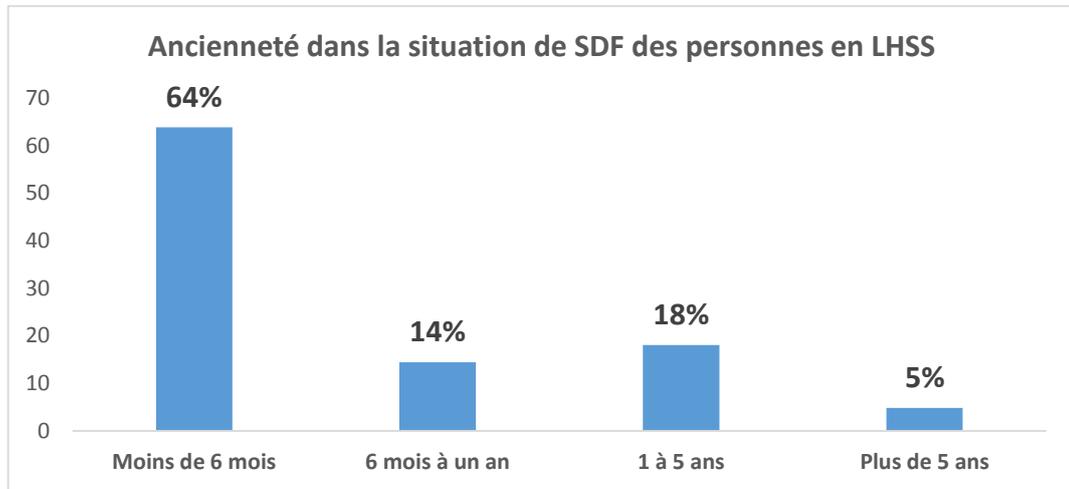


Plus d'un tiers des personnes admises en LHSS en 2017 (34%) sont de nationalité étrangère hors union européenne. Il en est de même pour les personnes en situation de précarité accompagnées par les acteurs de l'AHJ et qui relèveraient d'une place en LHSS, avec 36 % de personnes de nationalité étrangère.

Notons que ces données sont inférieures aux 56% de personnes nées à l'étranger dans la population des adultes sans domicile selon l'étude INSEE de 2012. Les acteurs de l'accompagnement social ont précisé lors de nos rencontres que la proportion de personnes « migrantes » dans leurs effectifs était très variable selon l'implantation territoriale, mais aussi d'une période à une autre, notamment selon l'état d'avancement du traitement des dossiers par les préfectures, la politique d'immigration, etc., ce qui peut expliquer ces fluctuations entre les données territoriales et nationales.

Comme nous le verrons dans la suite du rapport, ce tiers de la population de nationalité étrangère apparaissant dans l'étude appelle des modalités d'accompagnement spécifiques en LHSS, qu'il s'agisse du besoin d'outils de traduction, de prise en charge de syndromes post-traumatiques, d'adaptation à des cultures différentes, de démarches administratives spécifiques, etc., rendant parfois complexe l'admission en LHSS notamment au moment de l'évaluation des besoins réels de la personne et de la définition du projet de soin avec elle.

3.1.2 Une « ancienneté » relativement récente en tant que personne sans domicile fixe avec divers types d'hébergements antérieurs

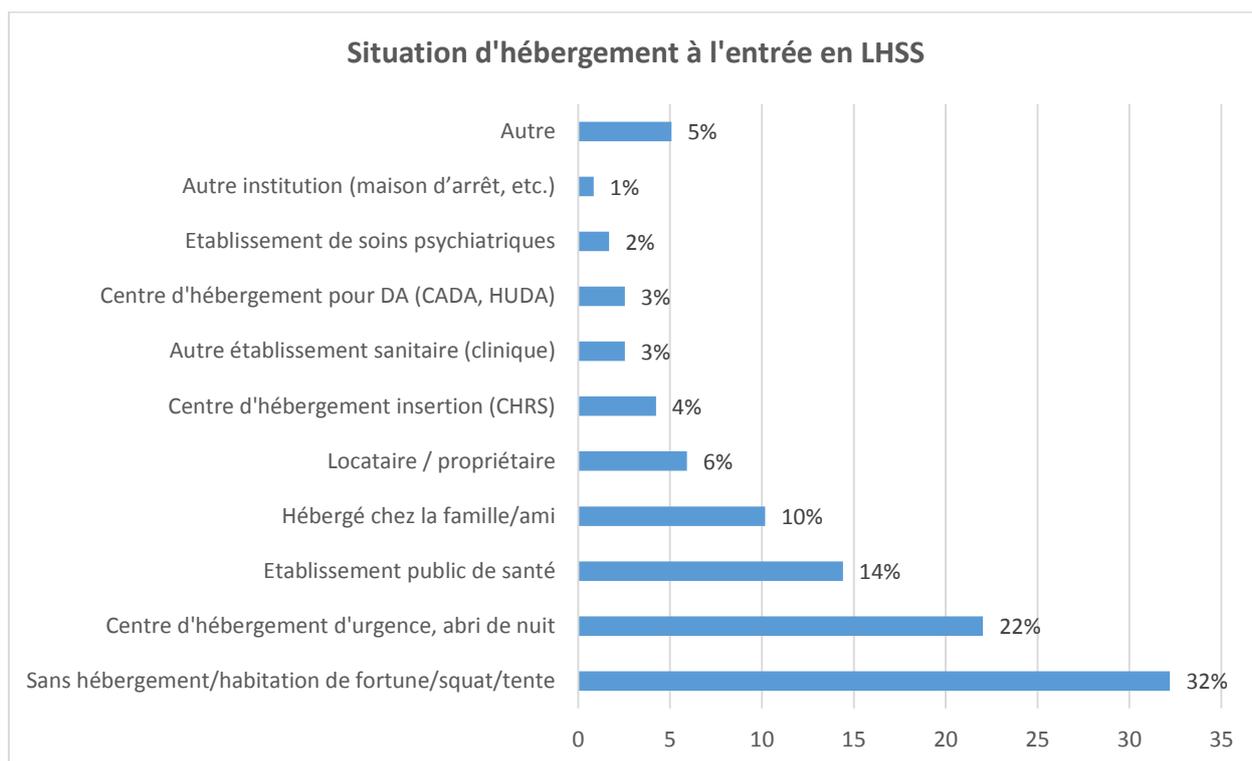


Près des 2/3 des personnes admises en LHSS sont sans domicile fixe depuis moins de 6 mois²⁴ (64 %).

Plusieurs hypothèses peuvent être avancées pour expliquer cette situation :

- Les personnes sans domicile qui le sont depuis peu s'inscrivent plus facilement dans une démarche de soin et d'accompagnement sanitaire et social
- Les personnes dites « grands précaires » décèdent à la rue ou à l'hôpital sans entrer préalablement dans une démarche de prise en charge sanitaire
- Les « grands précaires » sont moins nombreux qu'auparavant d'après les acteurs de certains territoires (cas de la Haute Saône) d'où potentiellement une moindre proportion de personnes SDF depuis plusieurs années parmi les admis en LHSS.

²⁴ Pour 30 % des personnes concernées par l'enquête, l'information n'était pas connue quant à leur ancienneté dans la situation de SDF.



Les situations d'hébergement antérieur des personnes admises en LHSS sont variées.

Un tiers des personnes arrivant en LHSS était préalablement sans hébergement ou dans une habitation de fortune. Un quart était dans un hébergement d'urgence ou un abri de nuit (22 %) ou un CADA ou HUDA (3 %).

Pour 19 %, elles étaient considérées comme « hébergées » dans un établissement de santé (établissement public de santé, de soins psychiatriques ou clinique).

6 % des personnes étaient locataires ou propriétaires d'un bien. Pour ces personnes, il s'agissait d'un habitat insalubre conduisant à les considérer comme sans domicile fixe car ne pouvant y retourner à l'issue de la prise en charge en santé, cumulant parfois un risque d'une nouvelle tentative de suicide après plusieurs antécédents empêchant un retour seule au domicile.

Quelques autres étaient hébergées par un membre de la famille ou un ami (10 %) ou en CHRS (4 %).

Notons que 3 personnes étaient préalablement en maison relais ou résidence sociale. Elles ont dû être hospitalisées et ressortent en LHSS pour un suivi post chirurgie, une convalescence d'un état sanitaire aigue ou un suivi de diabète, pour retourner en maison relais ou pension de famille au bout d'un à trois mois.

Il apparaît dans ces éléments présentés ci-dessus que les LHSS accueillent bien des personnes sans abri ou sans domicile fixe dont les parcours dans l'offre d'hébergement ou de soin ne permettent pas une prise en charge en santé adaptée ou sur une durée appropriée.

Quelques cas apparaissent concernant des admissions en LHSS semblant à la marge quant à la situation de sans domicile fixe mais semblant trouver leur explication :

- soit dans une situation de surendettement ou d'insalubrité du logement (avec expulsion du logement personnel)
- soit compte tenu de l'impossibilité de trouver une offre de service adaptée en sortie d'hôpital.

Dans certains cas, les situations de convalescence post chirurgie admises en LHSS interrogent le défaut d'accueil en service de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) dans lesquels les personnes sans domicile fixe ne sont parfois pas acceptées en raison des problématiques périphériques pouvant « effrayer »²⁵ ces services quant à la cohabitation avec les autres patients (par exemple en référence aux conduites addictives).

La souplesse offerte par les LHSS de pouvoir accueillir des personnes sans domicile fixe quelque que soit leur hébergement antérieur, si elles en avaient un et s'il était précaire, permet dès lors de proposer une réponse en santé à tout un panel de situations.

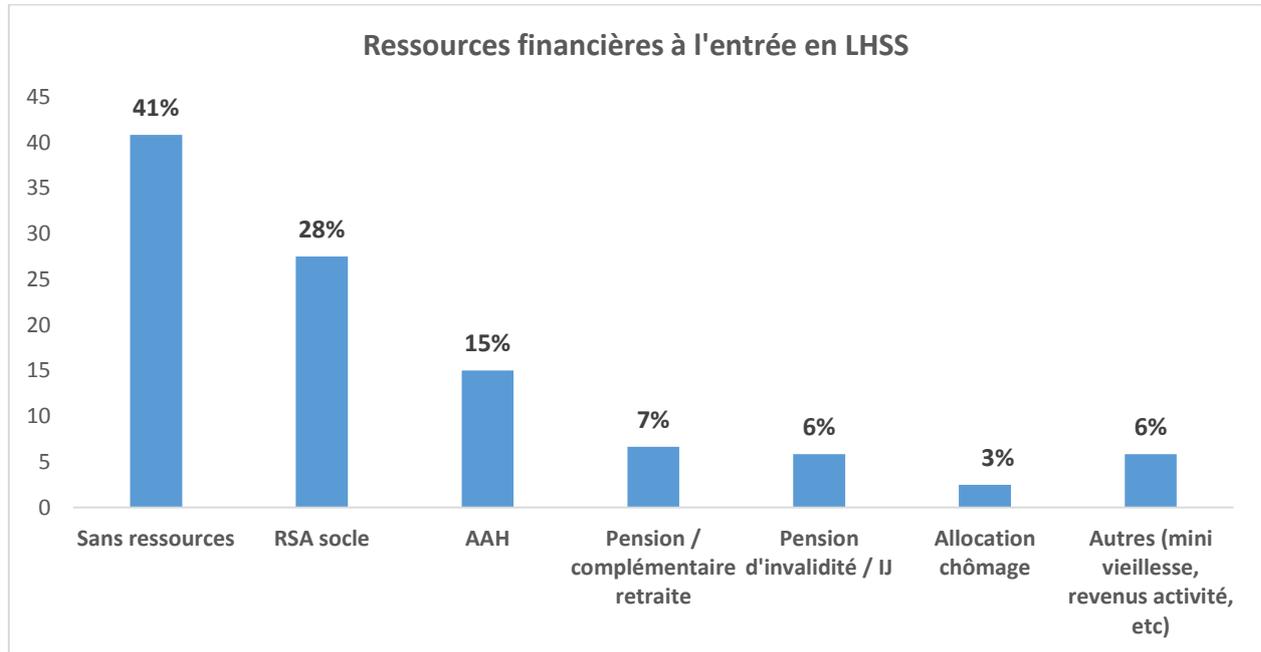
Précisons aussi que d'après les rencontres avec les acteurs, c'est souvent une hospitalisation qui va permettre le passage vers le LHSS, sans quoi les personnes sans domicile fixe ne recourent pas aux soins. Plusieurs hypothèses à cela :

- la notion d'urgence est relativisée par la personne elle-même dans un parcours souvent très chaotique
- les soins font peur et les personnes préfèrent s'en tenir à distance
- les personnes ayant essuyé plusieurs refus, ayant attendu une place trop longtemps ou ayant connu de mauvaises expériences dans l'accès aux soins, notamment par manque de considération de médecins, se résignent.

Dès lors, des non recours aux LHSS existent aussi pour ces raisons. Ces personnes ont souvent connu antérieurement un parcours fragmenté avec des réponses parfois répétées, entre un accueil en hébergement d'urgence, une hospitalisation, un retour à la rue, un accueil par un ami, etc., constituant systématiquement des solutions non idéales et ont dès lors des difficultés pour s'inscrire dans un nouveau dispositif après tant d'échecs, pour parvenir à « se poser » durablement et faire des projets. Pour ces mêmes raisons, d'autres arrivent aussi en LHSS trop tardivement avec un état de santé aggravé.

²⁵ Terme employé par les professionnels de l'AHJ

3.1.3 Une part importante de personnes sans ressource avec des non recours à certains droits mais souvent avec une couverture médicale



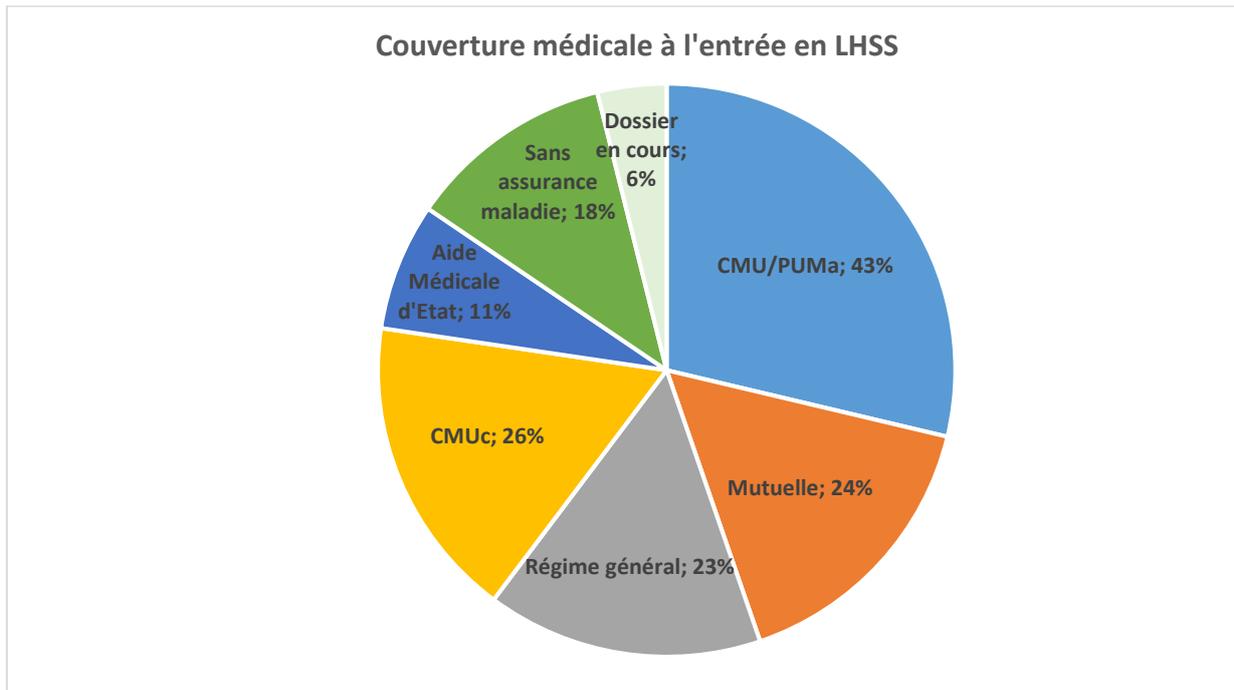
Plus de 40% des personnes arrivant en LHSS ne disposent d'aucune ressource financière. 28 % ont le RSA²⁶ socle (soit 550 €/mois) et 15 % l'AAH²⁷ (soit 810 €/mois en 2017). Quelques autres perçoivent une pension de retraite, d'invalidité ou une allocation chômage. Seuls 7% des personnes ayant des ressources (5 sur 71) disposent de deux types de ressources (par exemple, une pension d'invalidité et l'AAH).

Concernant les personnes en situation de précarité accompagnées par les acteurs de l'AHJ et qui relèveraient d'une place en LHSS, 64 % sont sans ressources.

L'explication probable de cet écart réside dans le fait que les personnes arrivant en LHSS ont souvent été davantage accompagnées préalablement dans leur parcours dans la mise en place de revenus (en CHRS, avec une assistante sociale de l'hôpital, etc.) par rapport à des personnes avec un parcours d'accompagnement plus court en HU.

²⁶ Revenu de Solidarité Active

²⁷ Allocation Adulte Handicapé



43 % des personnes arrivant en LHSS disposent de la PUMa²⁸ et 23 % du régime général d'assurance maladie, soit les deux tiers avec un régime de base.

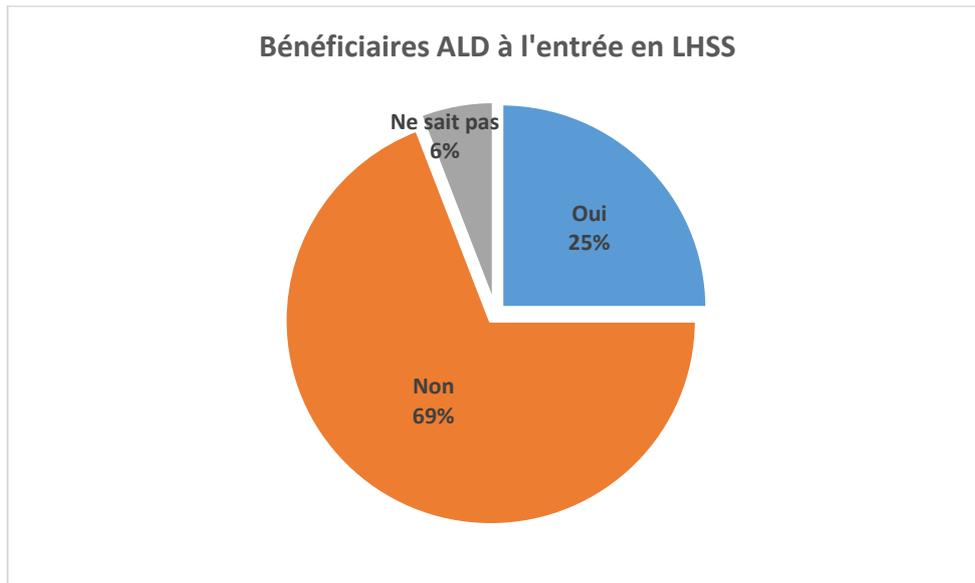
24 % ont une mutuelle et 26 % la CMUc²⁹, soit la moitié des personnes disposent d'une assurance santé complémentaire. La plupart de ces personnes était préalablement à l'hôpital d'où l'hypothèse similaire à celle précédente selon laquelle une couverture maladie a été mise en place avec l'aide d'une assistante sociale lors du séjour à l'hôpital.

18% sont sans aucune assurance maladie ; la plupart d'entre elles étaient sans hébergement avant l'arrivée en LHSS.

Les proportions de bénéficiaires d'une couverture de base et d'une complémentaire pour les personnes en situation de précarité accompagnées par les acteurs de l'AHI et qui relèveraient d'une place en LHSS sont identiques (64 % avec une couverture santé de base, 52 % avec complémentaire). 15 % sont sans assurance maladie.

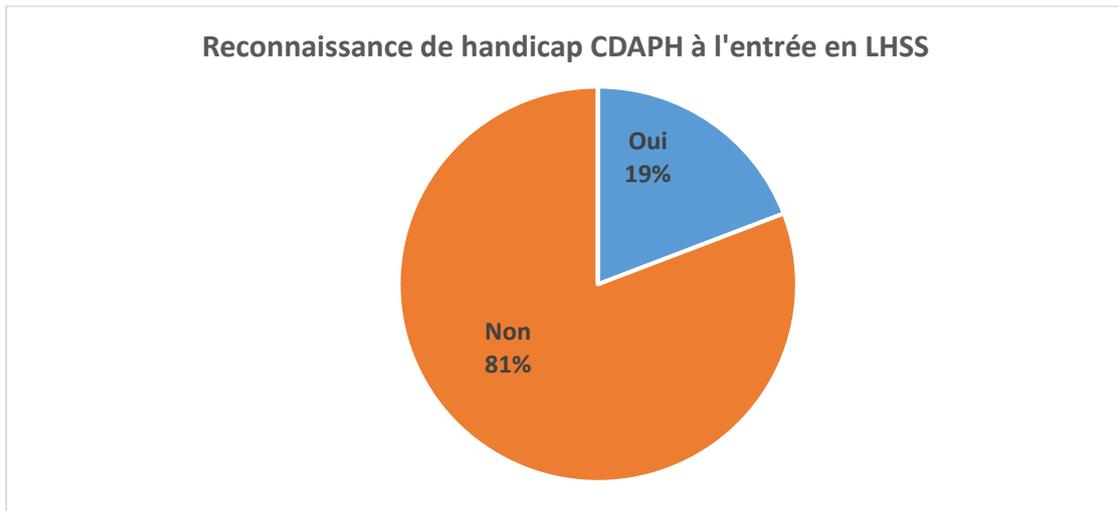
²⁸ Protection Universelle MALadie

²⁹ Couverture Maladie Universelle Complémentaire



Un quart des personnes arrivant en LHSS disposent d'un protocole d'affection de longue durée (ALD) en raison fréquemment d'un diabète, d'un cancer ou d'une pathologie psychiatrique. Parmi celles qui n'en disposent pas à l'entrée en LHSS (83 personnes), 18 présentent pourtant une pathologie justifiant *a priori* la mise en place d'un protocole de soin en ALD (cancer, VIH, hépatite, diabète, etc.). Cela questionne donc la prise en charge de la personne au moment du dépistage de la pathologie pour qu'elle ne donne pas lieu à la mise en place d'un protocole ALD par les médecins, ou à son renouvellement par les personnes elles-mêmes.

Parmi les personnes en situation de précarité accompagnées par les acteurs de l'AHI et qui relèveraient d'une place en LHSS, 4 % ont un protocole ALD. Par définition, ces personnes doivent *a minima*, pour préserver leur état de santé, bénéficier d'un suivi en ce sens et/ou d'un accompagnement en terme d'éducation thérapeutique et/ou pour réaliser certains examens de contrôle quant à leur pathologie. Ces personnes peuvent donc potentiellement être directement concernées par un besoin d'une place en LHSS à un moment ou un autre de leur parcours selon le motif et les exigences du suivi en santé de l'ALD.



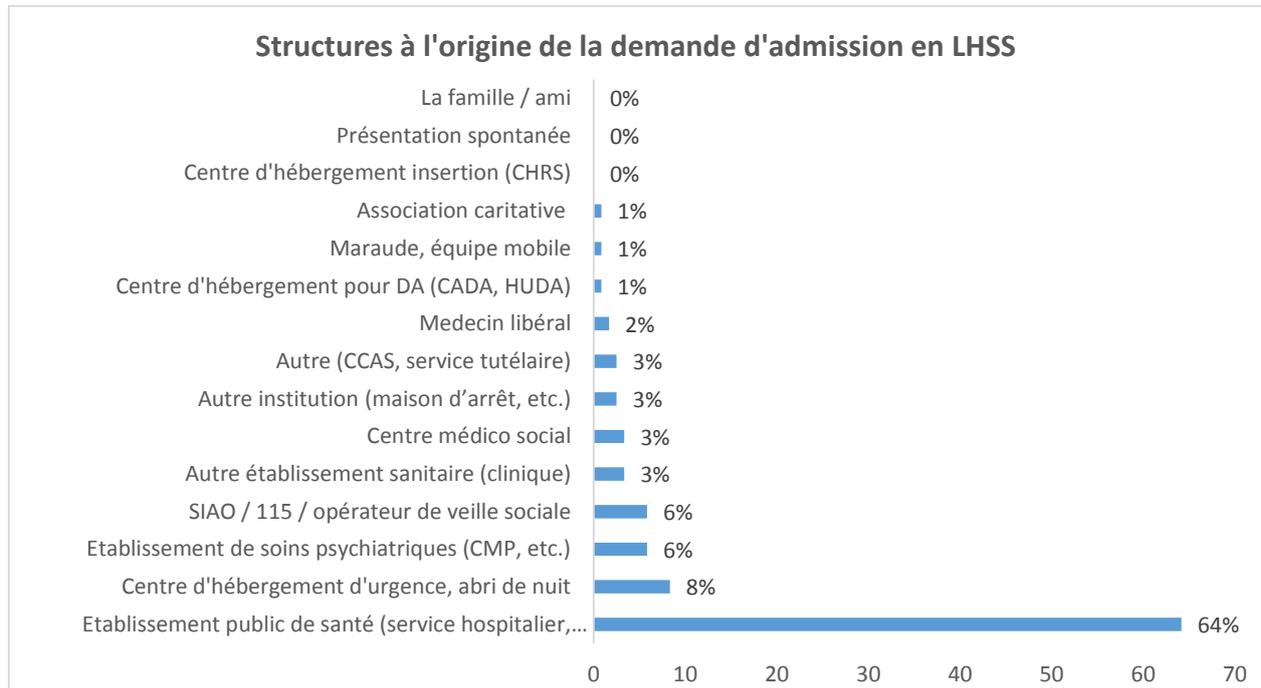
19 % des personnes en LHSS ont une reconnaissance de handicap par la CDAPH³⁰. Parmi les personnes n'en ayant pas, plusieurs pourraient pourtant y prétendre semble-t-il (amputation, VIH, atteinte de la mobilité, tuberculose, etc.).

24 % ont cette reconnaissance dans le panel de réponses des personnes accompagnées par les acteurs de l'AHI. Cette donnée vient aussi *a priori* renforcer leur besoin potentiel d'une place en LHSS pour mettre en place un accompagnement sur le plan sanitaire et social adapté à leur situation de handicap et dont elles ne disposent pas nécessairement en étant sans domicile fixe.

L'accompagnement en LHSS permet en effet aux personnes de disposer d'une aide de la part de l'équipe pour faire une demande de reconnaissance de handicap en réalisant un dossier auprès de la MDPH mais avec des délais et des procédures d'instruction qui restent longues et complexes et ce, malgré les simplifications en cours.

³⁰ Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées

3.1.4 Une majorité d'admission à la demande d'un établissement de santé, fréquemment en raison d'une pathologie lourde ou chronique, avec des problèmes de santé cumulés



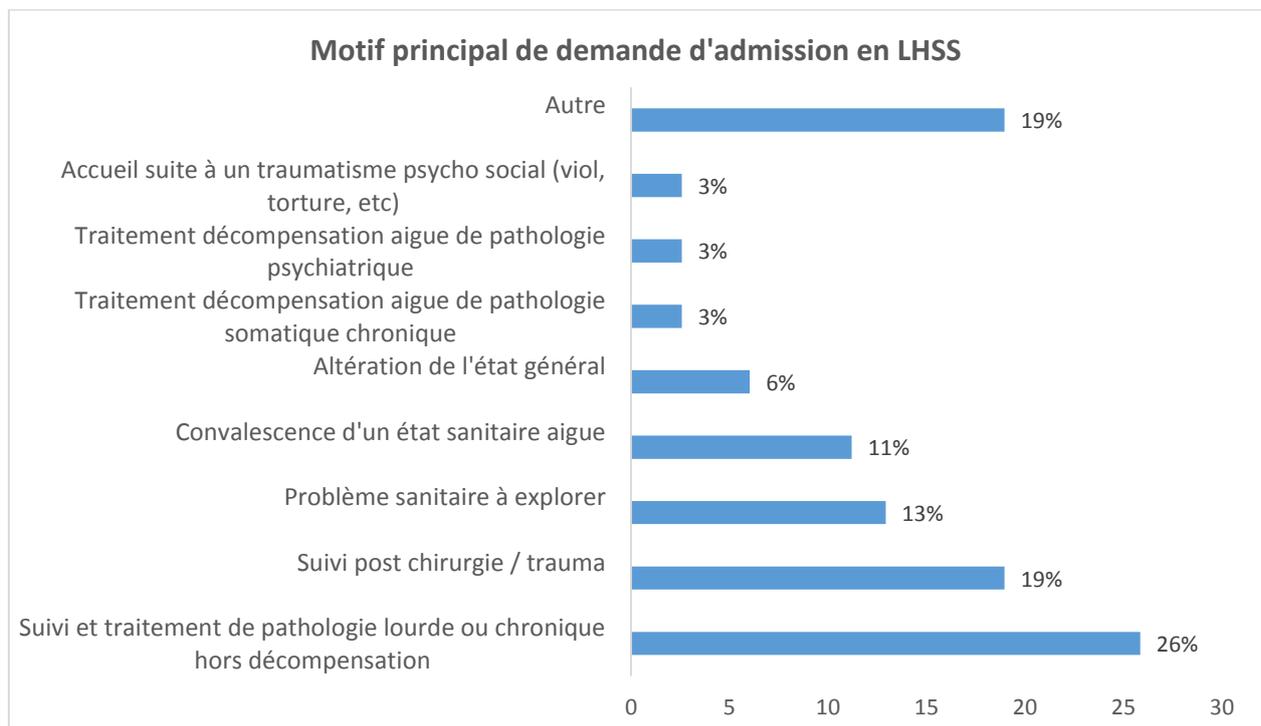
Près des trois quart des demandes d'admission en LHSS émanent d'un établissement de santé, dont, dans la majorité des cas, d'un service hospitalier ou une PASS (64 %). D'après nos rencontres avec les équipes des LHSS, les établissements de soins psychiatriques orientent peu de personnes en raison de situations trop complexes à prendre en charge par rapport aux moyens des LHSS.

Dans environ un quart des cas, la demande d'admission est faite par une structure d'hébergement, par le 115, par un CCAS ou une autre structure d'accompagnement social.

Ces résultats s'expliquent pour différentes raisons :

- Comme indiqué précédemment, pour certaines personnes sans domicile fixe, il est fréquent que le passage à l'hôpital soit déclencheur de la mise en place d'un parcours d'accompagnement en santé, une fois la limite atteinte de l'urgence sanitaire
- Les LHSS sont peu connus des acteurs de l'accompagnement social et de l'AHI sur certains territoires d'où un faible nombre de demandes d'admission en dehors du centre hospitalier du secteur géographique
- Les acteurs de l'accompagnement social ne sont pas à même d'évaluer les besoins en santé des personnes et donc de savoir si elles relèvent ou non d'une place en LHSS, ce phénomène étant accentué par une méconnaissance de la diversité de l'offre de prise en charge et d'accompagnement à la santé et donc du besoin d'orientation vers un LHSS, une hospitalisation, un appartement de coordination thérapeutique (ACT), etc.

Dès lors, on peut faire l'hypothèse que l'absence de passage en établissement de santé soit discriminant dans le parcours de la personne sans domicile fixe pour accéder à une place en LHSS. C'est ainsi que la perspective de mise en discussion de certaines situations en référence à la santé de personnes sans domicile fixe et de demande d'admission directe depuis la commission SIAO vers des places LHSS pourrait être envisagée - si tant est qu'un médecin siège en commission - pour évaluer les besoins en santé. Cela permettrait de surcroît de sécuriser davantage les parcours en terme de travail partenarial entre les secteurs social, médico-social et sanitaire. Se pose en effet la question des suites données dans le parcours d'une personne qui n'est pas admise en LHSS : d'après nos échanges avec les professionnels des LHSS, c'est alors l'orienteur qui « se débrouille » ...



Dans plus d'un quart des cas, le principal motif de demande d'admission en LHSS est le suivi et le traitement d'une pathologie lourde ou chronique hors décompensation (26 %). Dans 19 % des situations, il s'agit d'un suivi post chirurgie ou post traumatique ; dans 13 % des cas d'un problème sanitaire à explorer.

Les 19 % de situations « autres » concernent des suivis de grossesse, l'attente d'une opération, des sorties de cure, etc.

Dans 11 % des cas, il est question de la convalescence d'un état sanitaire aigue et dans 6 % des cas d'une altération de l'état général³¹.

Il est fait aussi mention parfois d'admission en raison d'une extrême faiblesse physique d'une personne sans qu'un besoin en soin particulier ne soit encore identifié, les LHSS pouvant aussi prendre place dans certains cas dans l'initiation d'un projet de soin et/ou dans un projet d'éducation thérapeutique.

³¹ Cette donnée est à interpréter avec précaution car elle a été renseignée sous différents vocables dont certains figurent dans la catégorie « autre » (anorexie, infection, etc.)

Dans le panel des personnes accompagnées par les acteurs de l'AHJ et qui relèveraient d'une place en LHSS, 25 % sont concernées par le besoin de traitement et de suivi de l'altération de l'état général, 22 % par un problème sanitaire à explorer, 15 % par le suivi et traitement d'une pathologie lourde ou chronique.

Pour les autres, il s'agit de besoins plus divers (par exemple un accompagnement suite à un traumatisme psycho-social) mais dont certaines situations ne relèvent pas forcément d'un accompagnement en LHSS (prise en charge en addictologie, hospitalisation, traitement d'une décompensation aigüe d'une pathologie somatique chronique ou psychiatrique, etc.). Il faudrait analyser plus finement ces situations, sur un plan médical, pour savoir si elles en relèvent ou pas.

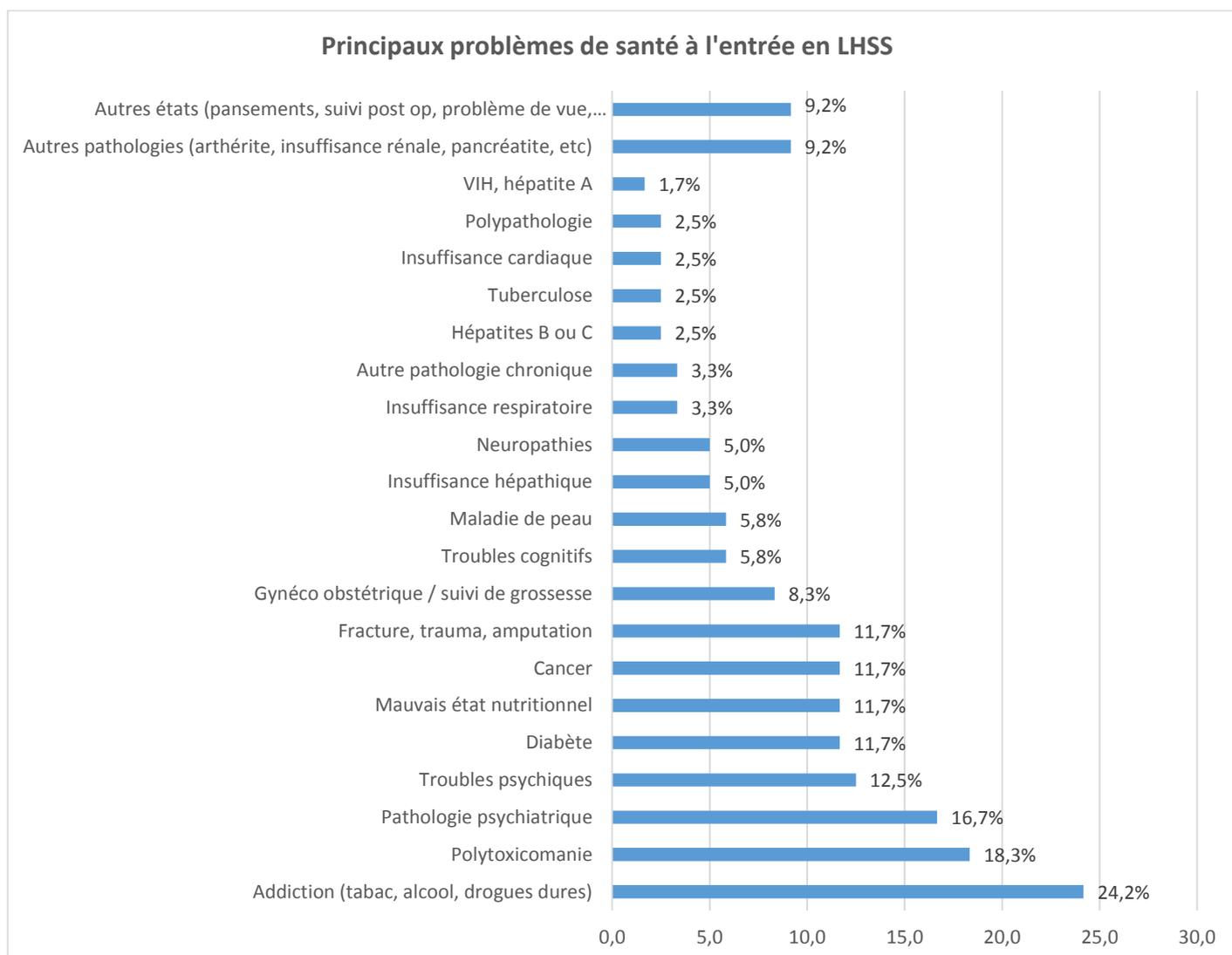
Les rencontres avec les acteurs de l'accompagnement social concernant les problématiques santé des personnes pour qui une place en LHSS serait nécessaire sont assez concordantes avec les données des personnes accueillies en LHSS. Il est fait référence notamment à des besoins de mise au repos après des chimiothérapies desquelles les personnes ressortent affaiblies, de suivis de diabète, de soins suite à des violences à la rue et/ou à des chirurgies, etc.

Notons qu'il est aussi fait référence systématiquement aux problématiques psychiques et psychiatriques du public cible et du défaut de places dans l'offre actuelle pour assurer ce type d'accompagnement, ce qui amène à s'interroger, sur tous les territoires, sur la place des LHSS dans la prise en charge de ces personnes. En outre, la question de la caractérisation de la chronicité d'une pathologie nécessite d'être éclaircie pour les acteurs, car elle semble renvoyer pour eux à une prise en charge en LAM, alors que ces derniers s'adressent au public concerné spécifiquement par « *des pathologies lourdes et chroniques, irréversibles, séquellaires ou handicapantes, de pronostic plus ou moins sombre* » n'excluant pas, dès lors, une admission en LHSS d'une personne avec une pathologie chronique dont le pronostic est moins grave.

Les motifs d'admission des personnes entrant en LHSS ou de celles qui en auraient besoin sont donc variés. L'équipement du dispositif, la disponibilité des places, l'histoire de la structure porteuse quant aux caractéristiques habituelles des personnes accompagnées, la lecture faite par les équipes du cahier des charges des LHSS, ont un effet sur les profils des personnes admises comme nous le détaillerons ultérieurement. En effet, pour des situations similaires, nous constatons des admissions de personnes dans certains LHSS et pas dans d'autres.

Précisons que le moment où la demande d'admission est sollicitée constitue également un facteur important dans ce processus : si le LHSS du territoire est complet sans pouvoir envisager une sortie pour libérer une place, cela génère des non recours pour des situations parfois très proches.

Par ailleurs, comme vu précédemment, la disponibilité de l'offre sanitaire et médico-sociale et les réalités des pratiques d'admission dans cette offre au regard des caractéristiques des personnes SDF influent aussi les admissions en LHSS à défaut d'une autre possibilité d'accueil.



Les problèmes de santé des personnes à l'entrée en LHSS sont généralement pluriels. Très souvent, c'est en explorant un premier problème de santé que les équipes vont se rendre compte qu'il y en a en fait de nombreux autres. L'intrication des problèmes somatiques, psychiques et addictifs est de surcroît importante chez le public concerné. Les deux tiers ont en effet au moins deux problèmes de santé identifiés somatiques et/ou psychiques³².

43 % sont concernés par une problématique addictive ou une polytoxicomanie, 17 % par une pathologie psychiatrique et 13 % par des troubles psychiques. Ces caractéristiques du public cible de l'étude sont systématiquement mentionnées par les acteurs de l'accompagnement social sur l'ensemble des territoires.

Le diabète et le cancer concernent respectivement 12 % des personnes étant entrées en LHSS en 2017. Ces deux pathologies sont fréquentes dans la population étudiée d'après les acteurs de l'AHI, en lien notamment, pour le diabète, avec des déficits d'insuline dans certains pays d'Europe de l'Est conduisant à l'aggravation de l'état de santé de certaines personnes migrantes, mais aussi sous l'effet de problématiques alimentaires du public cible. 12 % de la population enquêtée présentent d'ailleurs un mauvais état nutritionnel. Quant aux cancers, leur apparition est accentuée par les consommations de tabac, alcool et drogues, d'après les acteurs.

³² Trois problèmes de santé au maximum pouvaient être renseignés dans l'enquête. Pour 37 %, un problème de santé est identifié ; pour 36 % deux problèmes de santé ; pour 27 % trois problèmes de santé (et donc hypothétiquement davantage).

D'après les acteurs rencontrés, d'autres problèmes de santé sont récurrents chez les personnes migrantes comme les cas de tuberculose, de gale, de lupus et de pathologies pulmonaires.

Les autres problèmes de santé portent sur des fractures, des suivis gynéco-obstétriques, des maladies de peau, des troubles cognitifs, des neuropathies, des hépatites, des insuffisances cardiaques, etc.

Notons aussi que 20 % des personnes dont la situation a été décrite par les acteurs de l'AHJ présentent un mauvais état dentaire.

Ces derniers ont précisé les besoins suivants en consultations :

- 56 % en addictologie
- 42 % en santé mentale/psychiatrie
- 24 % en kinésithérapie
- 20 % en biologie ³³

Quant aux besoins en soins de ce public, 55 % seraient concernés par des besoins en soins médicaux quotidiens et 7 % par des besoins en soins de nursing.

La diversité de ces situations témoigne du besoin d'une compétence médicale soutenue au sein des LHSS et d'un arsenal de partenaires santé en proximité pour apporter l'ensemble des réponses nécessaires. Les situations les plus complexes sont généralement admises en LHSS mais pas systématiquement et ce, pour diverses raisons :

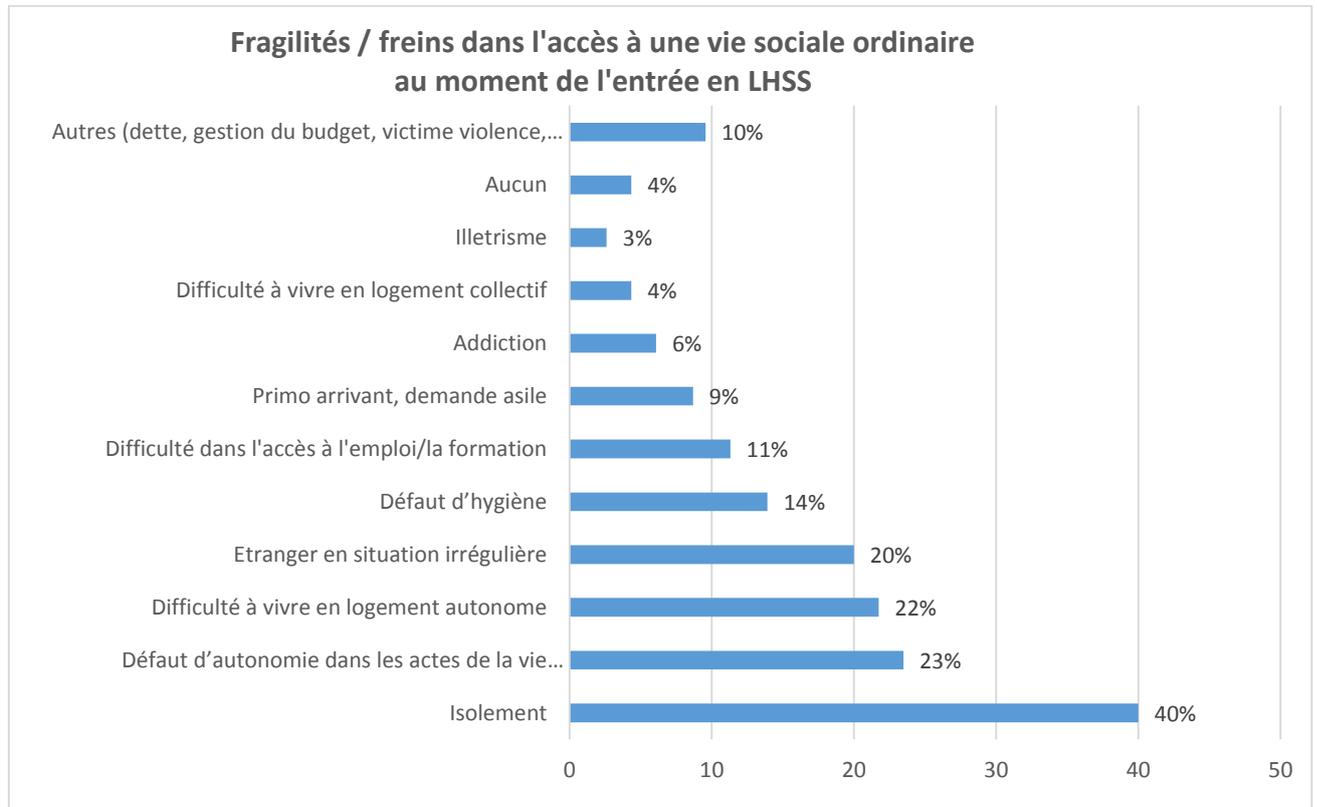
- par exemple quand l'état de santé de la personne nécessite une présence médicale 24h/24h
- pour des raisons techniques (par exemple l'absence de lits médicalisés)
- en cas de nécessité d'un traitement médicamenteux onéreux sans couverture maladie de la personne et donc à la charge du LHSS
- ou encore très souvent en raison de la non adhésion de la personne à s'inscrire dans un projet de soin malgré la gravité de la situation dans certains cas.

Notons aussi que pour cette population, sur certains territoires non couverts en LHSS, d'autres solutions parfois adaptées, parfois partielles, ont pu être mises en œuvre par les acteurs sanitaires et sociaux pour répondre aux besoins, notamment concernant les problématiques liées aux troubles psychiques ou aux pathologies psychiatriques avec une mobilisation forte du Conseil Local de Santé Mentale (CLSM) par exemple. Ceci étant, sur ces dits territoires, concernant les besoins en santé somatiques des personnes sans domicile fixe où les réponses apportées sur la durée par les hôpitaux, centres de santé, infirmiers libéraux (etc.) sont partielles pour diverses raisons, nous pouvons nous interroger malgré tout sur la pertinence du déploiement d'une offre en LHSS.

Ces solutions territoriales construites pour répondre aux besoins peuvent expliquer aussi certains non recours à un LHSS d'un autre département. Précisons sur ce point que la sollicitation d'un LHSS d'un autre département, de la région ou pas, se produit parfois (notamment quand il est nécessaire d'éloigner la personne de son environnement pour des raisons de sécurité) mais reste rare pour deux raisons principales : le public cible est souvent ancré à son territoire qui est, bien souvent, le seul repère qui lui reste ; le « transit » de personnes très précaires d'un département à un autre est souvent freiné par les décideurs politiques au regard des surpopulations déjà existantes sur certains territoires.

³³ Ces résultats sont à analyser avec précaution car certains problèmes de santé identifiés (par exemple un mauvais état dentaire) n'appelaient pas, en regard, le besoin de consultation ou service en santé approprié (par exemple des soins bucco dentaires). Cela renvoie d'une part à la fiabilité partielle de cette enquête et d'autre part à la difficulté pour les acteurs de l'AHJ d'évaluer les besoins et réponses en santé à l'égard du public cible.

3.1.5 Une situation sociale marquée par l'isolement, par des freins multiples dans l'accès à un logement et dans la réalisation des démarches administratives



Sur les 114 personnes accompagnées en LHSS en 2017 rencontrant des freins dans l'accès à une vie sociale ordinaire³⁴, 51 % cumulent au moins deux difficultés (par exemple, un isolement et un défaut d'autonomie dans les actes de la vie quotidienne)³⁵.

Pour 40 % de la population enquêtée, l'isolement est un frein dans l'accès à une vie sociale ordinaire. D'après les professionnels, les personnes sont en effet particulièrement isolées sur un plan social que ce soit géographiquement et/ou affectivement, en raison de leur parcours de migration, de ruptures familiales ou encore de rencontres les ayant mis en difficulté. Cela génère notamment une absence de soutien potentiel de la part de proches et donc l'inexistence d'une aide dans les démarches administratives, pour les actes de la vie quotidienne, ou ne serait-ce que pour un soutien moral.

Dans l'enquête auprès des acteurs de l'AHI concernant les personnes qui relèveraient d'une place en LHSS, 29% d'entre elles auraient besoin d'un accompagnement à la reprise ou au développement de liens familiaux/sociaux ou au changement d'environnement.

L'isolement des personnes, dont l'origine est souvent la situation de précarité, peut également aussi être un motif de non recours aux LHSS dans ce qu'il génère de défaut d'information sur l'offre d'accompagnement, de l'absence de proches pour inciter aux soins et au prendre soin et/ou de repli sur soi pouvant entraîner le refus de mobilisation des aides existantes.

³⁴ Pour 6 d'entre elles aucun besoin n'a été identifié dans l'enquête.

³⁵ Trois fragilités / freins au maximum pouvaient être renseignés dans l'enquête.

Le statut d'étranger en situation irrégulière, mais plus globalement de primo arrivant ou de demandeur d'asile spécifiés par les acteurs, constitue également un frein dans l'accès à une vie sociale ordinaire pour 78 % des personnes de nationalité étrangère.

Une troisième fragilité récurrente par rapport à la vie sociale porte sur le défaut d'autonomie dans les actes de la vie quotidienne pour près d'un quart de la population enquêtée en LHSS (23 %). Parmi le public qui y prétendrait selon l'enquête auprès des acteurs de l'AHI, les résultats sont proches avec 16 % de personnes concernées par un besoin d'aide dans les actes de la vie quotidienne.

D'autres difficultés fréquentes dans l'accès à une vie sociale ordinaire reposent sur la difficulté à vivre en logement autonome (22 %), sur le défaut d'hygiène (14 %) et sur les difficultés dans l'accès à l'emploi ou à la formation (11 %). Les professionnels spécifient aussi de fréquents problèmes de surendettement dus par exemple à des crédits à la consommation ou des impôts jamais recouverts.

Nous constatons que la difficulté à vivre en logement collectif ne concerne que 4 % des personnes accompagnées en LHSS en 2017 dans la région, tout du moins en termes de frein dans l'accès à une vie sociale. Pourtant, cette caractéristique est fréquente dans la population cible d'après les professionnels rencontrés et souvent corrélée à un isolement pouvant constituer un élément discriminant dans l'accès à une place en LHSS notamment dans ceux où les temps et les espaces sont davantage organisés collectivement (repas, espace télé par exemple). Cet écart interpelle dès lors les modalités d'accompagnements en LHSS que nous explorerons dans la suite du rapport.

Dans l'enquête AHI, les besoins d'accompagnement social concernent l'aide à la réalisation de démarches administratives pour près des trois quarts des personnes (73 %) : par exemple pour le montage d'un dossier de mesures de protection juridique des majeurs, titre de séjour ou étranger malade, ouverture de droits pour une couverture maladie, mise à jour ou mise en place de revenus, dossier MDPH, domiciliation.

Dans plus de deux tiers des cas (64 %), les besoins portent aussi sur l'accès au logement / hébergement.

Sur le volet social, ces données montrent bien la diversité des besoins des personnes relevant d'un LHSS et dessinent dès lors les contours d'une mission à expertises multiples pour les travailleurs sociaux des LHSS, sur des sujets pluriels et souvent complexes (connaissance du droit des étrangers, du panel de l'offre d'hébergement / logement, de la diversité des aides sociales existantes, etc.) nécessitant de surcroît de nombreuses coopérations partenariales pour répondre au mieux à ces besoins.

L'ensemble des éléments sur le parcours des personnes relevant d'un LHSS (qu'elles y entrent ou pas) fait donc apparaître des profils divers quant au parcours d'errance, aux problèmes de santé, au statut par rapport aux droits en termes d'accès à l'offre de soins, aux besoins d'accompagnement, etc.

Ceci étant, d'après les rencontres avec les acteurs, trois principales typologies de publics se distinguent :

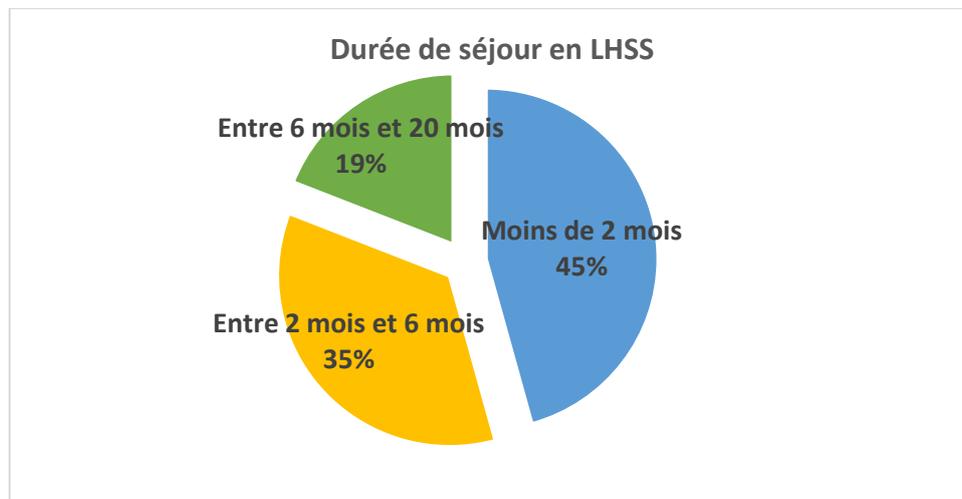
- une population de personnes migrantes en situation irrégulière et avec un problème de santé, dont le point d'entrée est l'inconditionnalité de l'accueil
- une population de personnes avec des problèmes de santé somatiques, dont le point d'entrée est la gravité sanitaire ponctuelle ou durable

- une population de personnes avec des troubles psychiques ou des pathologies psychiatriques, souvent conjugués à une ou plusieurs addictions, dont le point d'entrée est l'acceptation *a priori* de s'inscrire dans un projet de soin après un long parcours d'errance.

En lien avec la description de ces parcours antérieurs des personnes arrivant en LHSS, précisons également que parmi celles rencontrées, plusieurs, préalablement à leur parcours sans domicile fixe, exerçaient un emploi d'un certain niveau de compétences professionnelles (restaurateur, agent de sécurité incendie, salarié du bâtiment) et ont connu ce qui est communément appelé « un accident de parcours » (perte de travail suite à un conflit avec l'employeur, vol du matériel de travail, conflit en colocation suite à une mise au chômage, etc.) couplé à un problème de santé. Ceci étant, selon certains des professionnels, il s'agit de démystifier la caractérisation de cette population laissant penser que « ça peut arriver à tout le monde » précisant que, dans ces cas de figures, ce sont des fragilités quant à la personnalité qui ont généré le passage dans la situation de sans domicile fixe avec donc un problème psychique avant-coureur dont les équipes doivent donc fortement tenir compte dans l'accompagnement proposé.

3.2 Accompagnement pendant le parcours en LHSS

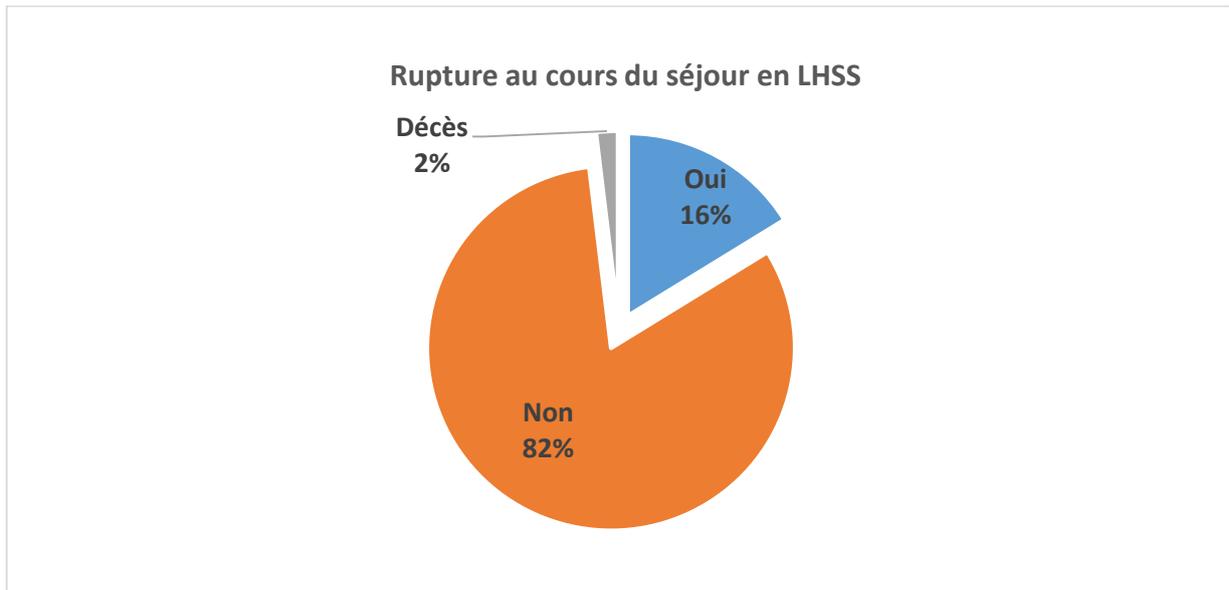
3.2.1 Des durées de séjour en majorité de plus de deux mois avec peu de ruptures de parcours



Les séjours en LHSS sont d'une durée allant de 1 jour à 19 mois (ces 2 situations situées aux extrêmes sont décrites ci-après).

Plus de la moitié des séjours en LHSS durent plus de deux mois, et plus précisément 35 % entre 2 et 6 mois et 19 % entre 6 et 20 mois.

La moyenne est de 104 jours (soit 3 mois et demi) et la médiane de 65 jours (soit 2.2 mois).



Pour plus de 80 % des personnes accompagnées, il n’y a pas de rupture pendant leur séjour en LHSS. Effectivement, ces personnes trouvent enfin au sein du LHSS un lieu où elles peuvent « se poser » et être accompagnées convenablement sans urgence, tant sur le plan de leur santé que pour mener des démarches administratives.

Pour les 16 % des personnes concernées par un départ anticipé du LHSS en dépit de leur besoin, il s’agit dans la majorité des cas d’une demande de la personne elle-même en raison d’un souhait, par exemple, de s’installer chez un membre de la famille ou de retourner dans son hébergement précédent. Les professionnels ont également spécifié des ruptures en raison de la difficulté pour certaines personnes d’intégrer un « cadre » avec des horaires de soins, des démarches à faire. Dans d’autres cas, des ruptures ont eu lieu car les personnes ont été déracinées de leur territoire pour venir en LHSS faute de l’existence ou de la disponibilité de place là où elles vivaient et ne parviennent pas à être éloignées ainsi de leurs repères.

Les cas de séjours très courts (moins de 10 jours) sont généralement corrélés à ces situations de ruptures du parcours en LHSS à la demande de la personne (4 cas sur 10). Par exemple, pour le séjour d’une seule journée, il s’agit d’une femme violente, enceinte, présentant des troubles psychiques, qui est partie d’elle-même du LHSS le lendemain de son arrivée et l’information n’est pas connue sur la destination de son départ.

Dans quelques cas, le départ de la personne est décidé par l’équipe en raison d’actes d’agressions, de non adaptation possible du service à la situation de santé de la personne, ou encore d’une alcoolisation massive ne permettant pas d’accompagner la personne de façon adaptée.

Dans l’un des cas, le motif du départ était une incarcération.

Précisons en outre que deux personnes sont décédées en 2017 au sein d’un LHSS de la région :

- l’une de 57 ans, de nationalité française, après un séjour de 5 mois en LHSS avec une pathologie psychiatrique et des troubles de la vision, après 6 mois à un an en tant que SDF ;
- la seconde, de 63 ans, de nationalité hors UE, au bout de 17 jours en LHSS dans le cadre d’une insuffisance hépatique, après moins de 6 mois en tant que SDF suite à son arrivée en France.

Indépendamment de ces deux situations, pour l'un des LHSS ayant déjà été concerné dans le passé par un accompagnement à la fin de vie, le parcours a pu être conduit de manière adaptée compte tenu de la présence d'un personnel médical mutualisé avec la structure porteuse et la mise en place d'une collaboration efficace avec une équipe de soins palliatifs ; pour un autre, ne disposant pas de telles ressources, l'accompagnement a été particulièrement éprouvant.

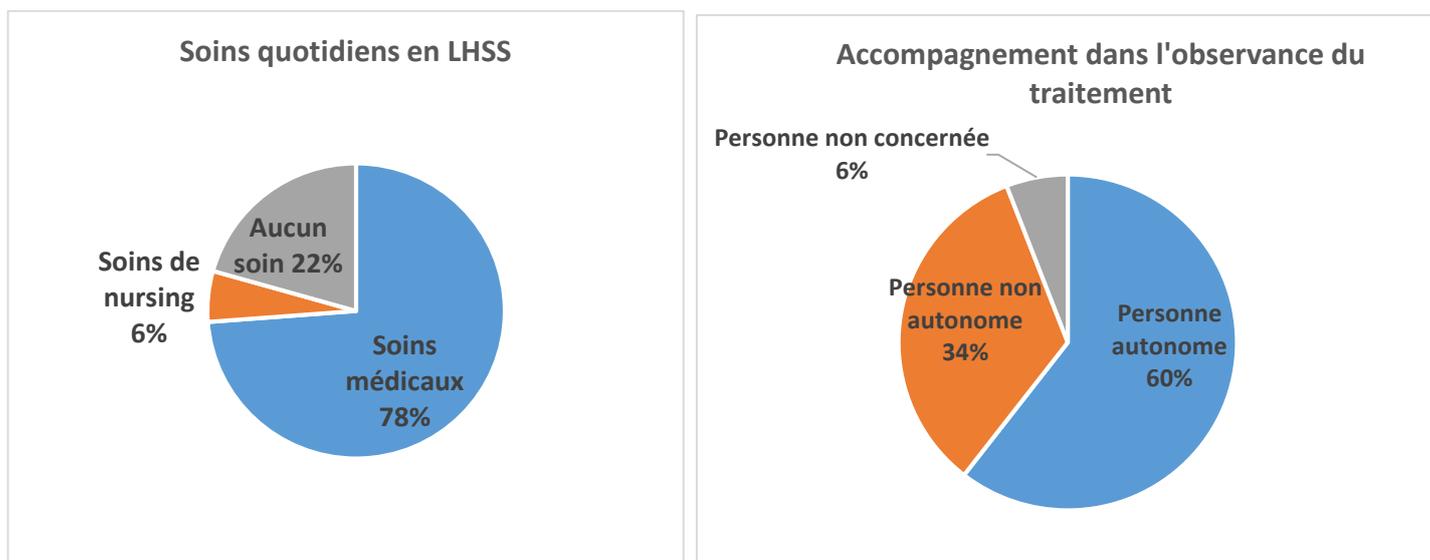
Concernant les séjours très longs (plus de 6 mois), ils sont souvent corrélés à des pathologies lourdes ou chroniques (VIH, cancer, amputation, neuropathie, insuffisance respiratoire, etc.) couplées de toxicomanies pour des personnes non autonomes dans l'observance de leur traitement et pour certaines en situation irrégulière ne leur permettant pas d'accéder à une autre offre de soins « en milieu ordinaire ».

Pour exemple, dans le cas du séjour le plus long de 19 mois, il s'agit d'un homme de 59 ans, SDF depuis 1 à 5 ans, admis en LHSS suite à une sortie d'hôpital dans le cadre d'une décompensation aiguë d'une insuffisance respiratoire avec une polytoxicomanie et une pathologie psychiatrique nécessitant la mise en place de consultations en pneumologie, santé mentale et soins buccodentaires, des soins médicaux quotidiens et non autonome dans l'observance de son traitement. Il perçoit l'AAH, une pension d'invalidité et il a une curatelle. Il rencontre des difficultés dans les actes de la vie quotidienne, un défaut d'hygiène et un isolement. Cet homme souhaitait obtenir un logement ordinaire, les professionnels recommandaient une place en résidence autonomie. Finalement, il ressort du LHSS en hébergement d'urgence. Nous pouvons faire l'hypothèse que la durée de séjour a été très longue pour trouver une solution adaptée à la personne compte tenu de ses caractéristiques, mais qu'à défaut, la place a dû à terme être libérée et la sortie de la personne se trouve donc être insatisfaisante.

Précisons également que les problèmes de santé des personnes en situation de précarité accueillies en LHSS sont souvent découverts au fur et à mesure du parcours, avec des problématiques apparaissant une fois la personne « posée » dans le dispositif, engendrant aussi dès lors des durées de séjour plus longues.

Au-delà de ce cas, les sorties des personnes des LHSS seront analysées plus amplement dans la partie suivante (partie 3.3).

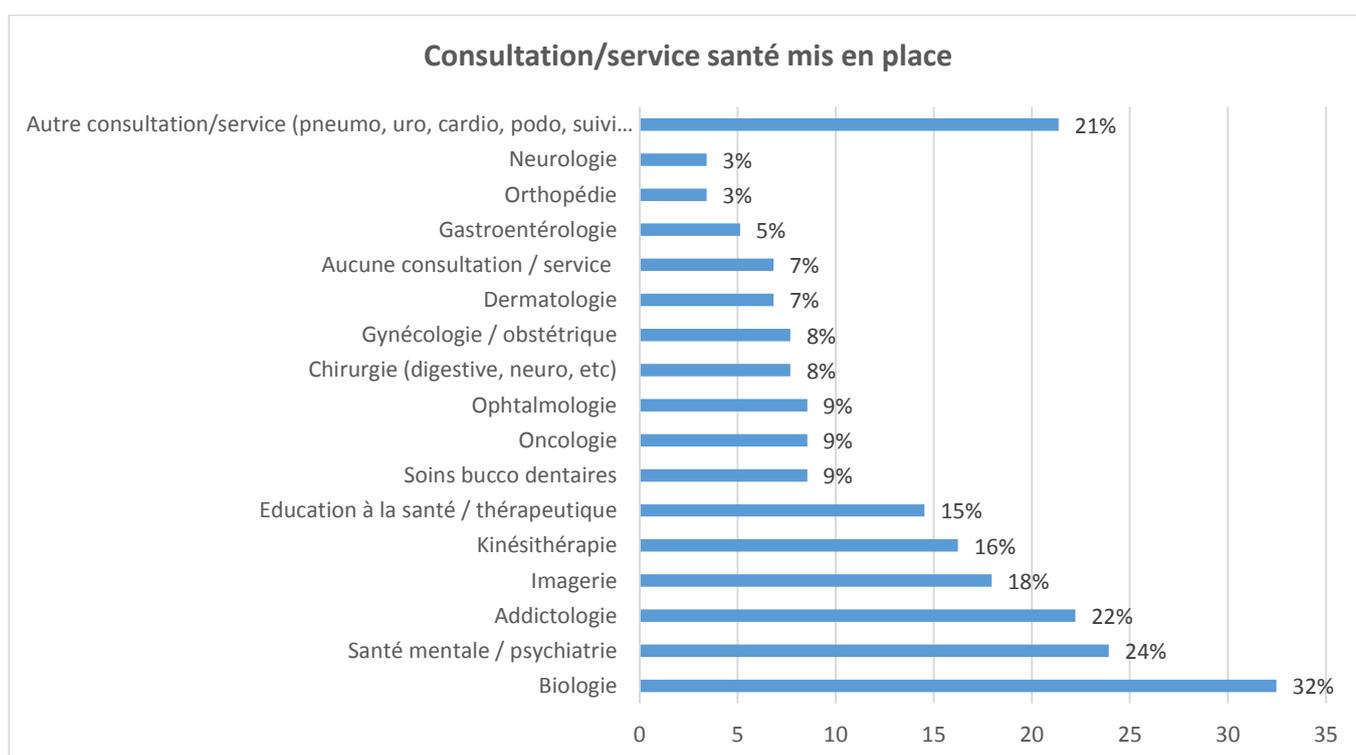
3.2.2 Un vaste panel de soins, de consultations et services en santé mis en place



78 % des personnes en LHSS reçoivent des soins médicaux quotidiens pendant leur séjour (pansements/bandages non médicamenteux, suivi de glycémie, délivrance du traitement, surveillance de dialyse, etc.) et 6 % des soins de nursing (toilette, prévention d'escarre, etc.).

Un tiers des personnes n'est pas autonome dans l'observance de son traitement.

Nous verrons dans la partie suivante (partie 4) comment sont organisées les équipes pour mettre en place ces soins.

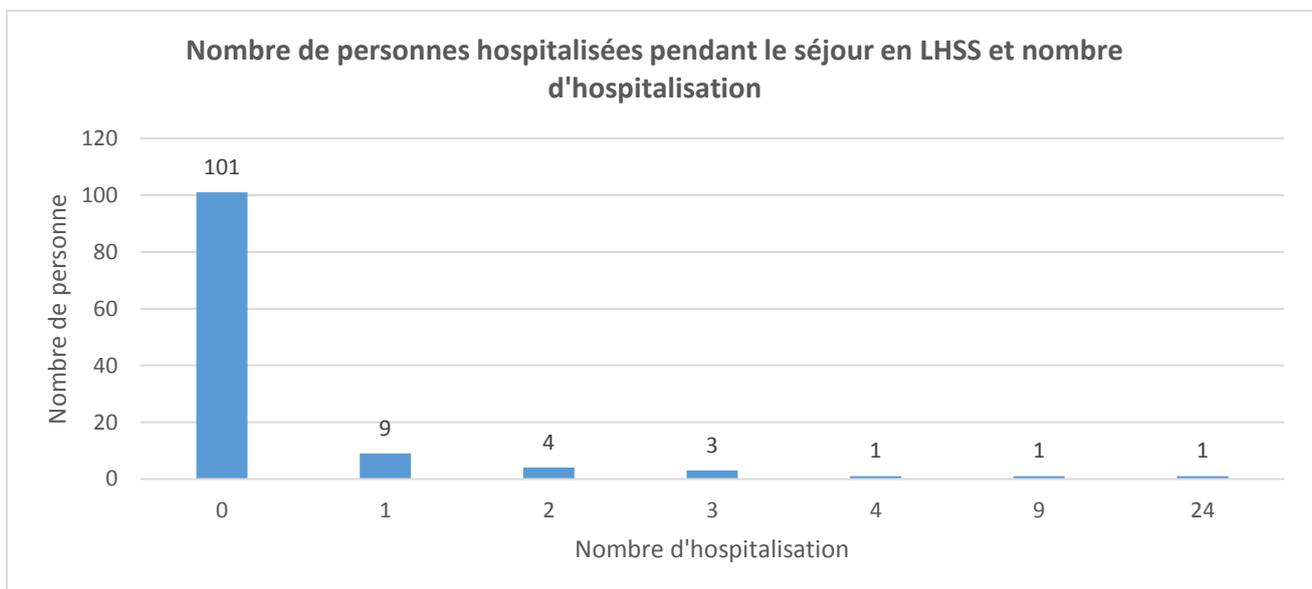


En complément des soins, de nombreuses consultations médicales et paramédicales sont organisées³⁶ :

- 32 % de la population est concernée par la mise en place d'actes de biologie
- pour 24 % des consultations en santé mentale sont mises en place
- pour 22 % en addictologie
- 18% sont concernées par des actes d'imagerie

L'ensemble des nombreuses autres consultations organisées porte sur des soins bucco-dentaires, des rendez-vous pré ou post chirurgie, des consultations en oncologie, en ophtalmologie, en suivi gynéco-obstétrique, en dermatologie. A cela s'ajoutent des visites médicales portant sur d'autres spécialités que celles proposées dans l'enquête (à savoir pour 21 % des personnes concernées) : l'endocrinologie, la pneumologie, la podologie, la cardiologie, etc.

Concernant les 8 personnes n'ayant eu aucune consultation, précisons que 4 d'entre elles ne sont restées que quelques jours en LHSS (soit à leur demande, soit car le besoin en soin était très ponctuel). Une autre personne venait d'arriver et nécessitait exclusivement le changement d'un pansement suite à une agression, pour une autre il s'agissait d'un suivi post opératoire.



En complément, pour certaines personnes, des hospitalisations sont aussi nécessaires pendant le séjour en LHSS : 16 % des personnes sont concernées par une ou plusieurs hospitalisations pendant leur séjour.

9 l'ont été une seule fois ; 8 l'ont été 2 à 4 fois, une personne 9 fois et une autre 24 fois³⁷.

10 personnes ont été hospitalisées entre 1 et 10 jours ; 5 entre 11 et 25 jours et 4 entre 35 et 62 jours.

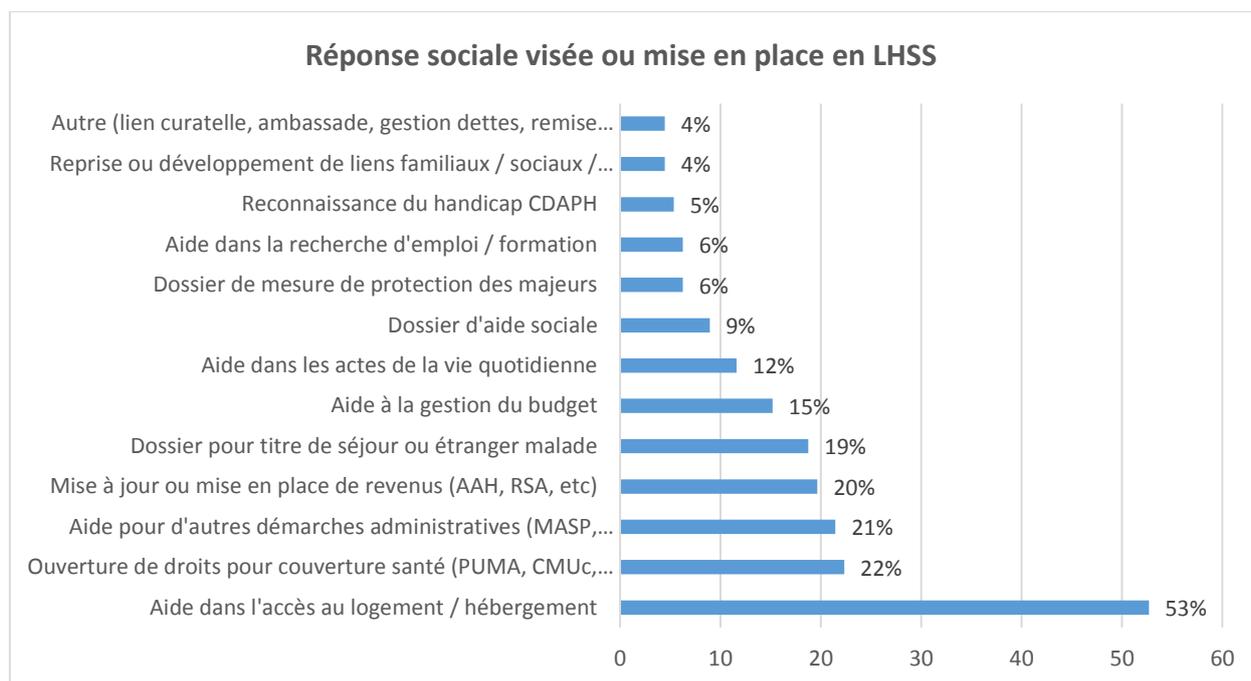
Comme souligné précédemment, ces données témoignent de la nécessité d'un fort étayage en santé autour des LHSS pour répondre aux besoins en consultations et services, les LHSS n'étant pas équipés comme une structure médicale de 1^{er} recours. Nous verrons dans la suite du rapport que les situations sont d'une part variables d'un territoire à l'autre pour assurer les prises en charge et, d'autre part, que la fibre « sociale »³⁸ des partenaires en santé impacte fortement la qualité de cet étayage compte tenu des caractéristiques de la population concernée.

³⁶ Trois types de services/consultations au maximum pouvaient être renseignés dans l'enquête.

³⁷ Cette personne souffre de neuropathies, d'une poly-toxicomanie et d'une pathologie psychiatrique.

³⁸ Terme utilisé par les professionnels

3.2.3 Une grande diversité des réponses sociales apportées et une évolution de certains droits



La principale réponse sociale visée ou apportée durant le parcours des personnes en LHSS porte sur l'accès au logement ou à l'hébergement³⁹. Cela concerne plus de la moitié des personnes accompagnées (53 %).

Pour 22 %, il s'agit d'une aide dans l'ouverture de droits pour disposer d'une couverture maladie. Précisons que sur 45 personnes pour qui l'information est exploitable, il y a une évolution de l'accès à une couverture santé de base et/ou complémentaire pour 20 d'entre elles, soit 44 % (il peut s'agir de la mise en place de la PUMA par exemple, mais aussi du passage de la PUMA au régime général). Il est important de souligner que pour les autres, certaines personnes ont eu un séjour très court en LHSS, d'autres étaient encore en LHSS au moment de l'étude et les droits ont été mis en place depuis ou le seront potentiellement ultérieurement. Par ailleurs, ces démarches peuvent parfois ne pas aboutir en raison de la situation administrative irrégulière sur le territoire français. L'aide à la conception du dossier pour un titre de séjour ou en tant qu'étranger malade concerne d'ailleurs 19 % des situations.

L'accompagnement social mis en place par les LHSS porte aussi fréquemment sur la mise à jour ou la mise en place de revenus (1 personne sur 5). Sur 49 personnes pour qui l'information est exploitable, il y a une évolution des ressources financières pendant le séjour en LHSS dans 19 cas, soit 39 %. Là aussi, la non évolution des ressources peut être impactée par le statut d'étranger dont la situation n'est pas régularisée et freinant dès lors l'accès à d'autres droits, ou bien par la durée trop courte de leur séjour en LHSS.

Durant ce séjour, les personnes sont aussi accompagnées pour la réalisation de nombreuses autres démarches administratives : mise en place d'une MASP⁴⁰, dossier d'aide sociale, domiciliation, dossier MDPH pour reconnaissance de handicap, mesure de protection des majeurs, etc. Cela concerne un tiers des personnes. L'une des personnes rencontrée dit d'ailleurs clairement : « *c'est compliqué les papiers en France, il faut forcément être aidé* ». Notons que dans 15 cas, un protocole ALD a été mis en place pendant le séjour en LHSS.

³⁹ Trois réponses visées ou mises en place au maximum pouvaient être renseignées dans l'enquête.

⁴⁰ Mesure d'Accompagnement Social Personnalisé

15 % des personnes sont aussi accompagnées pour l'aide à la gestion de leur budget et 12 % pour une aide dans les actes de la vie quotidienne (notamment dans certains cas pour l'alimentation et les déplacements au sein du LHSS). Rappelons que nous avons vu précédemment que 23% des personnes étaient concernées par ce besoin d'aide. Cela montre bien que les LHSS ne parviennent pas à répondre à tous les besoins et ce, pour diverses raisons comme nous le verrons dans la partie 4.

La mise en place d'actions, par les professionnels des LHSS, en faveur de la reprise ou du développement de liens sociaux ou familiaux ou du changement d'environnement concerne 4 % des personnes. Ce résultat interroge au regard du constat précédent faisant état d'un isolement pour 40 % des personnes, isolement constituant un frein dans l'accès à une vie sociale ordinaire selon les répondants. Plusieurs hypothèses sont proposées par rapport à cet écart, notamment :

- la priorisation des réponses apportées par les travailleurs sociaux en faveur de l'aide dans la recherche d'un logement/hébergement, de l'ouverture ou la mise à jour de droits, de l'accompagnement dans les démarches administratives
- une difficulté pour les travailleurs sociaux à apporter des réponses sur une sphère plus personnelle auprès de personnes dont les parcours familiaux et sociaux sont parfois très complexes
- un isolement vécu différemment par les personnes elles-mêmes par rapport aux représentations que s'en font les professionnels et face auquel les personnes ne souhaitent pas forcément opérer de changements.

Certains témoignages des personnes rencontrées en LHSS démontrent bien que l'isolement peut être subi ou choisi en référence à un enchevêtrement de motifs : « moi, je ne sors pas car je suis tout le temps fatigué à cause des médicaments » ; « je préfère rester dans ma chambre, en sécurité » ; « je suis bien dans ma chambre, c'est pas trop grand, c'est calme, il y a tout ce qu'il faut ».

A l'inverse, d'autres témoignages font apparaître l'amorce d'une démarche de mise en liens grâce à l'accompagnement proposé en LHSS : « ça donne du courage de manger avec les autres » ; « les activités, ça nous fait faire autre chose, on apprend des choses, on sort du centre ».

Ces éléments témoignent d'un vaste panel de réponses proposées et mises en place par les équipes des LHSS pour répondre à la diversité des besoins des personnes. Ceci étant, l'interdépendance des réponses à apporter complexifie souvent la mise en œuvre effective en raison du non accès aux droits pour les personnes en situation irrégulière d'une part et de la complexité des coopérations entre secteurs social, médico-social et sanitaire d'autre part. Ces accompagnements exigent des connaissances plurielles dans des domaines variés pour les professionnels de LHSS (droits d'asile, assurance maladie, reconnaissance de handicap, mesures d'accès au logement, aides sociales, services en santé, etc.) et ils se retrouvent dès lors souvent face à des injonctions paradoxales entre des besoins essentiels à couvrir, et des réalités juridiques et administratives, les conduisant à inventer des réponses « bricolées », au sens noble du terme⁴¹. Le témoignage d'une des personnes accompagnées l'illustre d'ailleurs très bien : « j'attends la réponse de l'OFI pour avoir l'autorisation de faire opérer mon 2ème genou ».

⁴¹ Définition de Claude Lévi Strauss dans La Pensée Sauvage, 1962 : « Regardons-le [bricoleur] à l'œuvre : excité par son projet, sa première démarche pratique est pourtant rétrospective : il doit se retourner vers un ensemble déjà constitué, formé d'outils et de matériaux ; en faire, ou en refaire, l'inventaire ; enfin et surtout, engager avec lui une sorte de dialogue, pour répertorier, avant de choisir entre elles, les réponses possibles que l'ensemble peut offrir au problème qu'il lui pose. »

Comme l'explique Marcel JAEGER⁴², des obstacles subsistent en effet dans l'articulation du sanitaire et du social : *"le poids des mots, les représentations, les catégories administratives, les identités et cultures professionnelles souvent figées, les clivages législatifs et règlementaires"*. Il rappelle pourtant que la loi HPST avait appelé à la continuité entre les soins et l'accompagnement social, notamment au travers de l'article 1 mentionnant parmi les missions de service public exercées *"en tout ou partie"* par les établissements de santé, *"la lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination"*.

3.3 Les sorties des LHSS

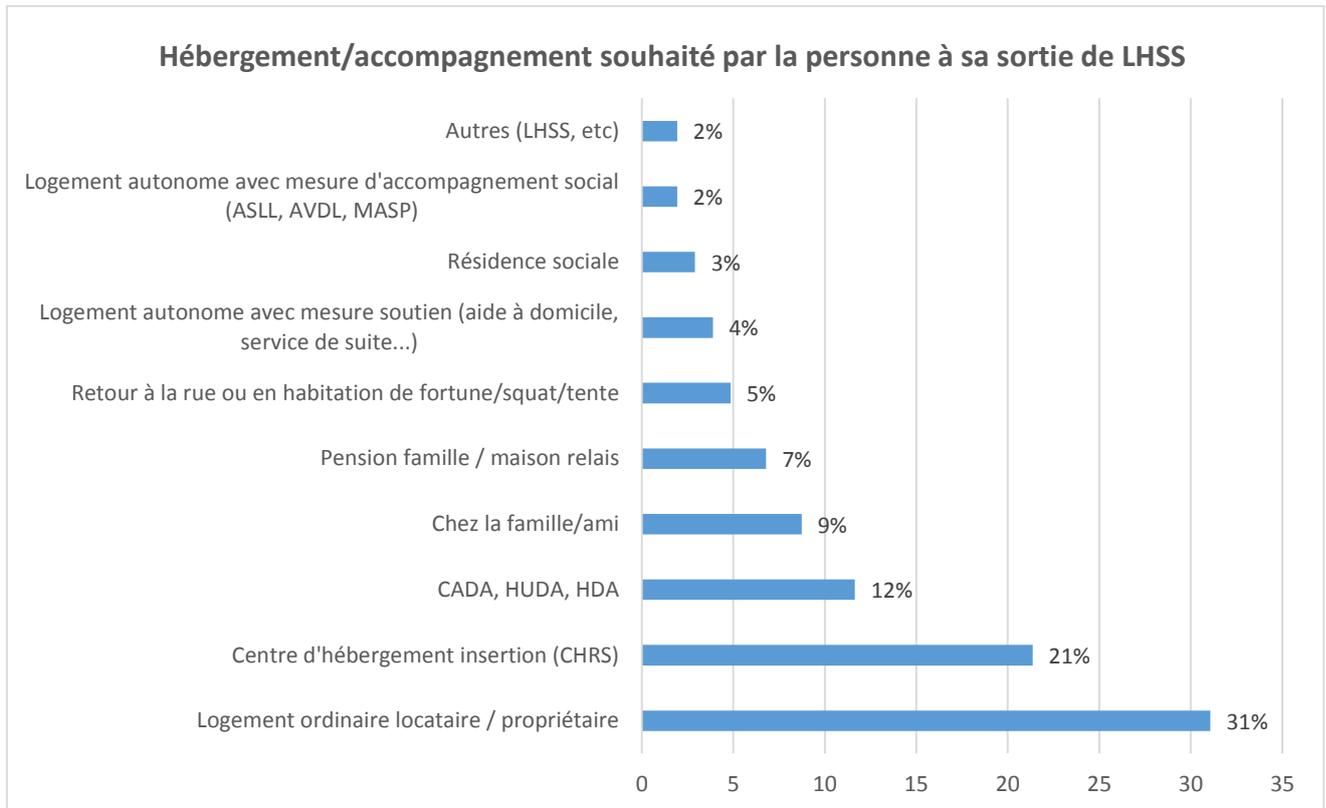
Les données suivantes sur les souhaits de sorties des personnes après leur séjour en LHSS et les réalités de ces sorties sont à interpréter en tenant compte de plusieurs biais possibles⁴³ :

- le 1^{er} relatif aux contraintes de l'offre d'hébergement / logement sur les territoires concernés et/ou des contraintes administratives liées au statut de la personne (absence de ressources, situation irrégulière, etc.) ne conduisant pas forcément à l'expression d'un réel « souhait »
- le 2^{ème} relatif à la méconnaissance d'une partie de l'offre existante par les résidents en LHSS et les professionnels
- le 3^{ème} relatif à des souhaits exprimés à plus ou moins long terme selon la durée de séjour de la personne en LHSS au moment de l'enquête (pour les personnes venant d'être admises, la réponse a pu être formulée dans une perspective à moyen ou long terme avec le temps de la construction d'une sortie idéale ; pour les personnes sur le point de quitter le LHSS, la réponse a été formulée dans une perspective à très court terme sans que la solution idéale ne puisse être mise en place. La contrainte de la réalité de l'offre était donc potentiellement présente dans l'expression de leurs réponses). Il est en effet possible que les professionnels aient exprimé les sorties « souhaitables » pour les personnes vers des dispositifs où ils savaient qu'une place serait plus facilement trouvée mais sans qu'il s'agisse de la solution « idéale ». Les personnes elles-mêmes ont pu raisonner de la même manière avec de surcroît une appropriation parfois importante, que nous avons pu constater au cours des entretiens, du discours des professionnels.
- Enfin, la multitude de dispositifs d'hébergement / logement existant empêche de distinguer parfois aisément les caractéristiques d'une offre par rapport à une autre et les ancrages territoriaux de certains dispositifs par rapport à d'autres ont pu orienter les réponses (par exemple, si plusieurs maisons relais existent sur le bassin du LHSS, les réponses ont potentiellement été davantage orientées vers ce type de logement).

⁴² Marcel JAEGER est titulaire de la chaire de travail social et d'intervention sociale du Conservatoire National des Arts et Métiers. Ces propos sont cités dans un récent article publié dans le bulletin d'information du CREAI BFC <http://www.creaibfc.org/index.php?page=le-dernier-bi>

⁴³ Au-delà des biais possibles, précisons également que les bases de calculs des types d'hébergement/logement souhaités par les personnes et selon les professionnels sont différentes compte tenu d'effectifs répondants différents.

3.3.1 Des personnes sans domicile fixe souhaitant un logement ordinaire mais souvent résignées

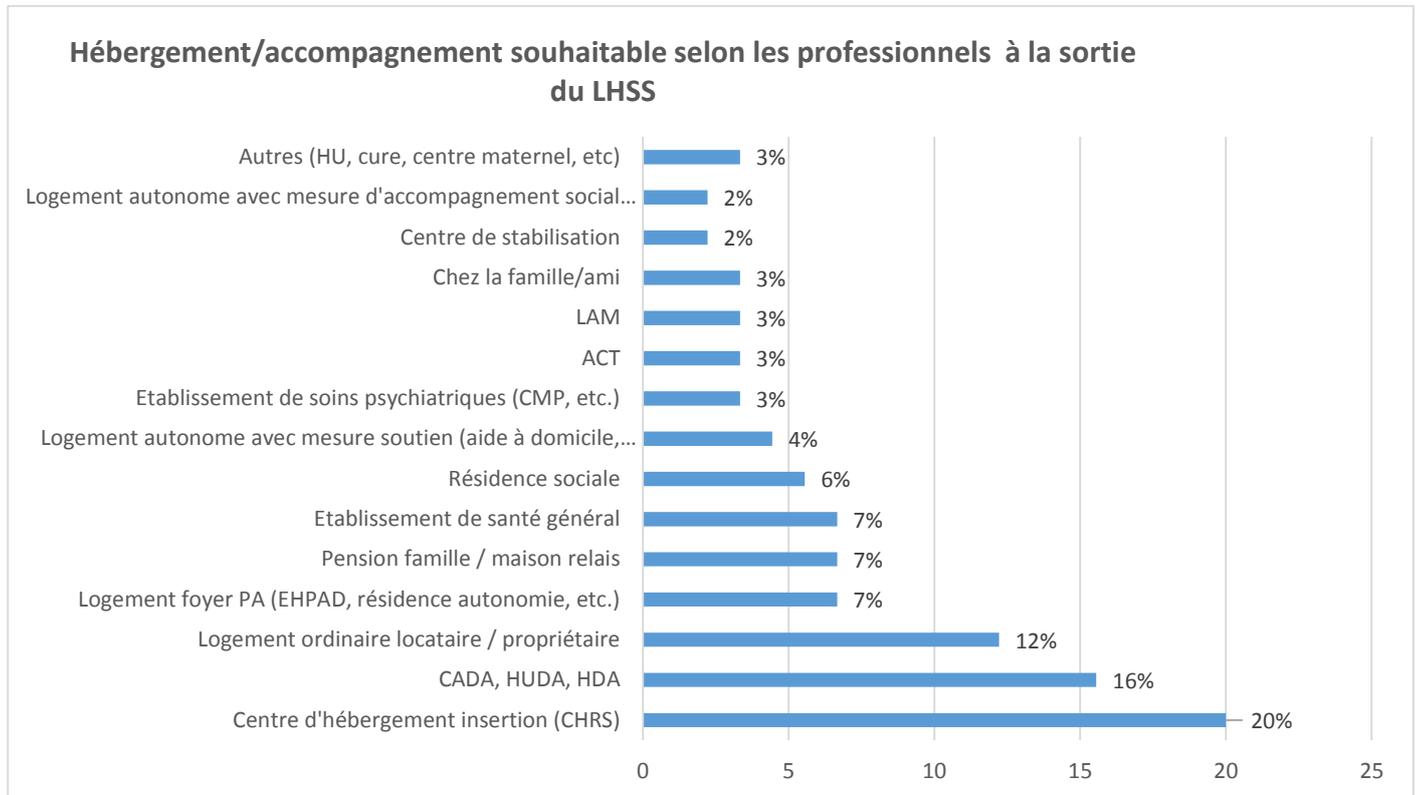


En référence aux données fournies par les LHSS, 31 % des personnes accompagnées en 2017 souhaitaient sortir vers un logement ordinaire, auxquels s'ajoutent 4 % avec une mesure de soutien et 2 % avec une mesure d'accompagnement social, soit 37 % vers un logement autonome, contre 21 % en CHRS et 12 % en hébergement demandeur d'asile. Les biais évoqués ci-dessus se retrouvent probablement dans ces résultats, l'hébergement dans des structures pour demandeurs d'asile n'étant sans doute pas selon les personnes elles-mêmes une solution idéale à long terme.

Précisons en outre que les entretiens avec les personnes accompagnées ont mis en évidence une forme de résignation de la part de plusieurs d'entre elles quant à la suite de leur parcours ce qui rend complexe l'objectivation de leur souhait. Certaines n'expriment en effet aucun souhait précis, elles semblent souvent méconnaître les perspectives possibles et s'en remettent à l'avis des professionnels. Elles témoignent aussi fréquemment d'une attitude « fataliste » dans la continuité d'un parcours d'errance en occultant finalement leurs besoins primaires. L'une d'entre elle dit par exemple : « *peu importe la sortie, mais avec mon chien* » ... Certaines ne souhaitent pas non plus se projeter, trouvant enfin dans le LHSS un espace d'accompagnement et de repos plus stable et ne se voyant pas faire face à un avenir autonome dans un logement compte tenu d'un long parcours de prise en charge dans diverses structures : « *je veux rester ici, c'est merci ici, ils me donnent à manger, l'infirmière et le médecin y vient* ». Mais une autre exprime clairement : « *j'aimerais un petit studio comme ici à la sortie, pas grand-chose, pas trop grand* ».

9 % souhaitent être logés chez de la famille ou des amis ; 7 % en maison relais ; 3 % en résidence sociale. Une personne souhaite rester en LHSS ; deux autres évoquent une place en ACT.

3.3.2 Des professionnels exprimant des sorties « souhaitables » biaisées par les réalités de l'offre et des exigences administratives



Selon les équipes des LHSS, pour 20 % des personnes, la sortie souhaitable de sortie serait celle en CHRS et pour 16 % celle en hébergement demandeur d'asile. Ces données sont relativement cohérentes avec les souhaits des personnes ci-dessus. Cela est potentiellement lié au biais possible d'appropriation du discours des professionnels par les personnes accompagnées que nous avons évoqué plus haut.

Ces données interpellent malgré tout. Elles témoignent en effet de projets de sorties pour les personnes, de la part des professionnels, vers « le possible » et non vers « le souhaitable » au sens de la solution « idéale ». Leurs réponses sont ainsi biaisées par les fortes contraintes de l'offre, les exigences administratives et les politiques sociales empêchant pour le public cible de s'extraire d'un parcours continuellement répété dans l'offre d'hébergement. En ce sens, l'un des chefs de service de LHSS pose d'ailleurs la question « *du financement de la prise de risque d'une sortie dans un logement autonome* ». Autrement dit, au-delà des mesures d'accompagnement vers le « logement d'abord », quels moyens financiers peuvent être mis à disposition des LHSS et des bailleurs sociaux pour accompagner et permettre la location d'un logement à des personnes dont les parcours sont stigmatisés (et donc souvent de pair avec le refus de la location) et avec un risque que la notion « d'habiter », dans tout ce qu'elle recouvre (hygiène, gestion du loyer, lien avec l'environnement, etc.), ne soit pas forcément acquise immédiatement ?

La sortie souhaitable vers un logement ordinaire ne concerne donc que 12 % des personnes accompagnées en LHSS d'après les professionnels, auxquels s'ajoutent 4 % avec une mesure de soutien et 2 % une mesure d'accompagnement social, soit 18 % vers un logement autonome, alors même que l'on peut supposer qu'il s'agirait bien là de sorties « souhaitables » au sens « d'idéal ».

Toutes les personnes ne peuvent certes pas accéder à ce type de logement pour des raisons financières, des problématiques psychiques ou des pathologies psychiatriques, ou encore en raison d'une situation irrégulière de présence sur le territoire français mais, pour autant, ce résultat reste faible eu égard aux conditions favorables pour une réponse adaptée aux besoins en santé au sens de l'OMS. L'un des chefs de service l'exprime clairement en ces termes : « *des personnes mériteraient d'autres sorties...* ».

En outre, l'un des professionnels pose aussi la question de la sortie d'une personne du LHSS sur une place en CHRS, faute de trouver une solution mieux adaptée vers un logement ordinaire avec des aides à domicile et pour éviter un retour à la rue, alors que cette place en CHRS pourrait justement mieux convenir à une autre personne à qui la place n'est dès lors pas proposée...

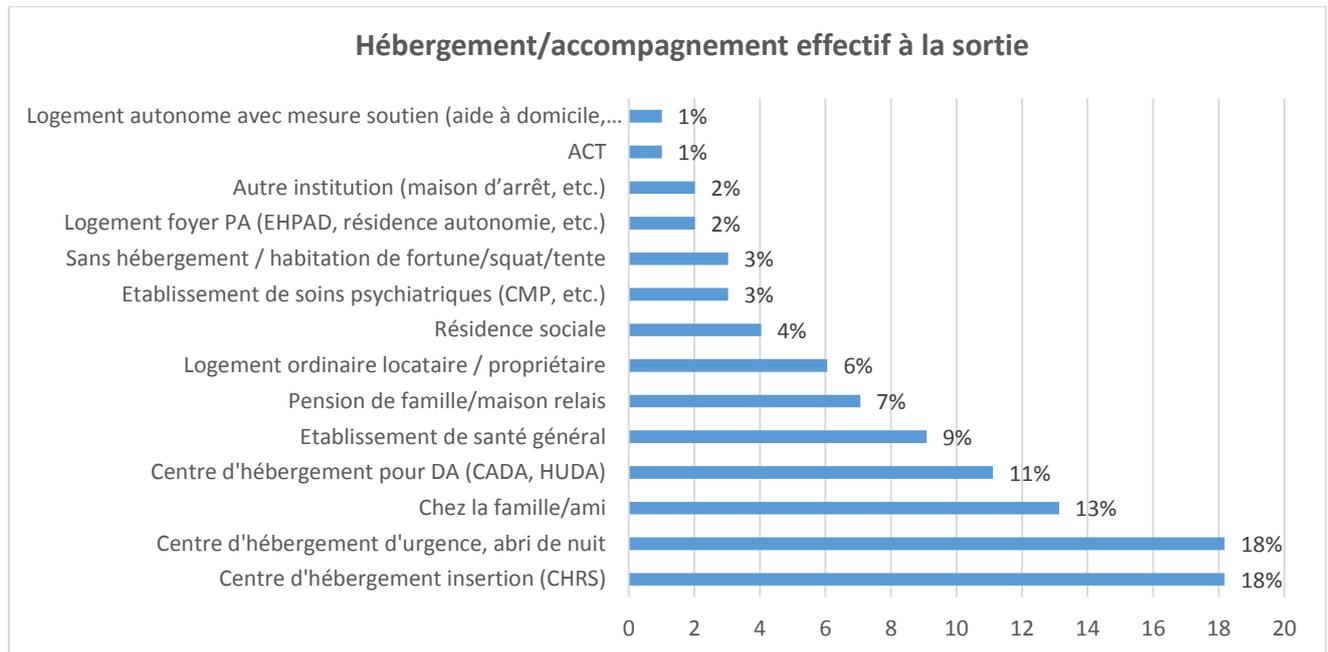
Nous pouvons faire l'hypothèse que ce taux de réponse (18 % d'accès souhaitable en logement autonome selon les professionnels) est à mettre directement en lien avec plusieurs facteurs évoqués ci-dessus (absence de ressources, situation irrégulière, etc.) mais aussi avec la réalité de l'accès aux logements sociaux compte tenu des caractéristiques de la population ou encore du fait de la méconnaissance de l'offre sanitaire et médico-sociale pouvant étayer l'accès à un logement ordinaire dans les situations de santé le nécessitant.

Les professionnels expriment en outre des sorties souhaitables vers un établissement de santé dans 10 % des cas (dont 3 % vers un établissement de soins psychiatriques) et dans 7 % des cas vers un EHPAD/résidence autonomie. Soulignons que ces souhaits n'ont pas du tout été exprimés par les personnes elles-mêmes, la perspective d'aller dans une structure de soins ou un EHPAD n'étant généralement pas ou très peu souhaitée. Quelques-unes des personnes rencontrées en LHSS expriment d'ailleurs un avis tranché quant à l'hôpital en espérant vivement ne pas y retourner en raison notamment des modalités d'accueil et de prise en charge (l'un d'eux, en parlant du LHSS implanté dans un CHRS, dit « *c'est mieux qu'à l'hôpital car il y a quand même moins de malades* »).

Certains des professionnels proposent des sorties vers un ACT ou un LAM mais les proportions sont très faibles (6 cas au total sur 92 réponses exploitables, soit 7 %). Cela s'explique probablement par le nombre restreint de places d'ACT d'une part, l'inexistence de LAM sur la région d'autre part, mais aussi par la méconnaissance de l'offre, largement mise en évidence lors des réunions territoriales.

7 % des sorties souhaitables selon les professionnels concernent une maison relais et 6 % une résidence sociale. Soulignons que dans ces 5 cas, les personnes sont accompagnées par un LHSS dont la structure porteuse gère aussi une résidence sociale.

3.3.3 Des écarts majeurs entre les souhaits des personnes quant à la suite de leur parcours et les sorties effectives



Dans les faits, parmi les personnes sorties des LHSS lors de l'enquête, la répartition est la suivante :

- 18 % des personnes sont allées respectivement en CHRS et en centre d'hébergement d'urgence, 11 % en centre d'hébergement pour demandeur d'asile ; soit près de la moitié sortante sur de l'hébergement temporaire
- 13 % sont allées chez leur famille ou amis
- 12 % ont été hospitalisées dont 3 % en établissement de soins psychiatriques
- 7 % sont sorties en maison relais
- 7 % sont sorties sur un logement ordinaire (dont 1 % avec une mesure de soutien – aide à domicile, service de suite, etc.)
- 4 % sont allés en résidence sociale
- 3 % sont sorties à la rue ou dans une habitation de fortune⁴⁴.

Précisons que parmi les 6 personnes sortant sur un logement ordinaire 3 en disposaient déjà préalablement. 2 étaient sans hébergement et une chez sa famille ou un ami.

Parmi les personnes étant restées 6 mois et plus en LHSS, 58 % (soit 11 personnes sur 19) ressortent sur de l'hébergement et une seule personne sort sur un logement ordinaire.

Les durées de séjour plus longues s'expliquent bien sûr par les besoins en santé des personnes mais aussi par des prolongements pour parvenir à réunir les conditions nécessaires à l'obtention d'une solution adaptée de sortie en hébergement/logement permettant d'assurer la suite des soins, du suivi de santé, de l'éducation thérapeutique de la personne. La non corrélation des durées de séjour plus longues avec des sorties plus adaptées, complétée par les propos des équipes lors des entretiens, montrent que, dans les faits, le travail vers des sorties « positives » est très difficile à mettre en œuvre en raison d'effets périphériques conduisant à des retours des personnes sur des places d'hébergement :

⁴⁴ L'étude d'ITINERE Conseil de janvier 2013 sur l'évaluation des LHSS identifie 45 % de personnes retrouvant des conditions de vie très précaires à la sortie de LHSS (23% sur un dispositif d'urgence et 22 % dans la rue, un squat, un hôtel, etc.). Les items retenus dans les deux enquêtes ne permettent pas une comparaison exacte des données entre le territoire national et la Bourgogne-Franche-Comté mais la tendance principale sur des sorties précaires est globalement préoccupante.

- manque de places, délais d'attente et inadaptation des structures médico-sociales au public cible (EHPAD par exemple)
- complexité et délais des démarches administratives pour accéder à des ressources (reconnaissance de handicap et AAH, titre de séjour, etc.)
- stigmatisation du public freinant l'accès au logement ; etc.

Parmi les personnes restées plus de 6 mois en LHSS, si l'on considère comme sorties « adaptées » celles vers un logement ordinaire, un EHPAD, un établissement de santé, une résidence sociale, une maison relais, encore que l'idéal de ces sorties soit discutable, 37 % sont alors concernées, contre 33 % pour l'ensemble des personnes pour qui l'information est exploitable.

En lien avec ces résultats concernant les sorties des personnes, précisons que d'après l'atlas de la cohésion sociale en BFC de novembre 2018, l'offre de logement excède la demande et la part de logements vacants dans le parc social est particulièrement forte sur plusieurs territoires (Nièvre, ouest de la Saône et Loire, Le Creusot et Saint-Claude) sur lesquels se trouvent notamment des LHSS sur Le Creusot et prochainement en principe sur la Nièvre. Même si le plan « Logement d'abord » propose sur 2018-2022⁴⁵ une réforme structurelle de l'accès au logement pour les personnes sans domicile et va mettre en œuvre des mesures pour mieux mettre en regard l'offre et la demande⁴⁶, il est essentiel de tenir compte aussi, et de faire évoluer en parallèle, l'offre médico-sociale et sanitaire pour produire un déploiement adapté de l'offre de logement en référence aux besoins médicaux et sociaux des personnes sans domicile fixe. La perspective de mise en place de plateformes territoriales intégrant les questions liées à la santé et à l'insertion professionnelle dans la conduite de la politique du « logement d'abord » avec le recrutement de coordinateurs opérationnels pour mieux organiser et mutualiser les dispositifs d'accompagnement devrait aller dans ce sens.

Ces résultats viennent illustrer un certain nombre de constats opérés avec les acteurs lors des rencontres que nous allons développer davantage dans la partie suivante :

- La difficulté d'accès à des logements ordinaires est accentuée, entre autres, par des délais d'ouverture de droits pour bénéficier de ressources (par exemple l'AAH), d'un titre de séjour, etc., mais aussi en raison de pathologies psychiatriques non prises en charge faute de ressources suffisantes dans cette spécialité médicale freinant l'accès au logement (risque de décompensation, incurie, etc.). Pourtant nombre de dispositifs pour aider à accéder au logement existent : l'intermédiation locative, les mesures AVDL, le programme « un chez soi d'abord », etc. Leur empilement finit d'ailleurs peut être par rendre confuse leur compréhension et donc leur appropriation par les professionnels et les personnes concernées. Pour les personnes ne bénéficiant d'aucun droit, notamment celles déboutées⁴⁷, se pose aussi entièrement la question pour les équipes des LHSS de la suite de leur parcours ... : l'un d'entre eux propose la mise en place de « squats organisés », « avec du personnel », pour parvenir malgré tout à poursuivre l'accompagnement de ce type de parcours aux problématiques multiples et complexes ...

⁴⁵ Dont le Doubs fait partie parmi 24 autres départements pour la mise en œuvre accélérée de ce plan.

⁴⁶ Création de 40 000 places d'IML, 10 000 places de pension de famille sur 5 ans, etc.

⁴⁷ C'est-à-dire les personnes dont la demande d'asile a été rejetée définitivement par l'OFPRA (Office Français de Protection des Réfugiés et des Apatrides) et par la Cour Nationale du Droit d'Asile et ayant épuisé tous les recours possibles

- L'inadéquation de l'offre médico-sociale, notamment les EHPAD, à l'égard des particularités du public empêche l'accès à ce type de logement : difficulté à vivre dans des espaces et sur des temps collectifs ; inadéquation des horaires ; stigmatisation ; appréhension des conduites addictives de la part des équipes ...
- Le manque de places en LHSS contraint les durées de séjour pour répondre aux demandes et donc le temps pour créer un lien de confiance avec la personne, indispensable pour lui permettre d'adhérer au projet de soins, travailler l'éducation thérapeutique de façon plus approfondie, finaliser l'accompagnement social pour favoriser des sorties plus adaptées, etc.
- Le manque de places en LAM, ACT, maison relais, résidence accueil, Centre Médico Psychologique (CMP) et la méconnaissance de l'offre médico-sociale par les acteurs de la santé et de l'AHJ (l'inverse étant vrai également) conduisent à des sorties « par défaut » d'une part, à l'alimentation d'une embolisation des places d'hébergement d'autre part.
- La rigidité de la structuration de l'offre sociale, médico-sociale et sanitaire et la complexité administrative empêchant par exemple des phases d'essais dans d'autres structures pour envisager des sorties ou des accompagnements partagés ne permettent pas de proposer des solutions au cas par cas dont il est pourtant bien question pour ce public aux problématiques plurielles ...
- Certaines formes de parcours en « filière » dans le secteur de l'hébergement, exemplifiées dans la partie suivante, sont délétères pour proposer les réponses les plus adaptées aux besoins de chaque personne ...

4. UNE DISPARITE DES FONCTIONNEMENTS DES LHSS ET UNE SOUPLESSE DES ACCOMPAGNEMENTS

Les rencontres avec les équipes pluridisciplinaires des LHSS et certaines des personnes accompagnées sont venues compléter les données quantitatives issues de la première phase d'enquête. L'analyse de ces entretiens a permis de dresser un certain nombre de constats, notamment concernant les disparités existantes entre chaque structure, tant au niveau de l'organisation, du fonctionnement que des modalités d'accompagnement proposées. Comme nous le développerons ci-après, ces disparités peuvent être expliquées par plusieurs facteurs et notamment par une nécessaire souplesse dans l'accompagnement des personnes.

4.1 L'influence de l'offre de service de la structure porteuse et de la composition de l'équipe sur l'organisation du LHSS

4.1.1 Une nécessaire mutualisation des ressources humaines et matérielles

Tous les LHSS de Bourgogne-Franche-Comté rencontrés pendant l'étude sont des dispositifs de petite taille disposant de quelques places (pour rappel, de 4 à 9 places), adossés à des structures porteuses publiques (de type CCAS) ou associatives du secteur social (voir la carte d'identité des LHSS en annexe 3).

Plusieurs raisons, non exclusives les unes des autres, ont motivé leurs ouvertures successives par les gestionnaires entre 2006 et 2013, toujours en lien avec des constats opérés sur l'offre de services initiale :

- pour certains, il s'agissait de pouvoir offrir une réponse à des besoins en santé assez lourds identifiés pour des personnes en hébergement d'urgence ne disposant pas de droits en termes d'accès aux soins et ne nécessitant pas une hospitalisation
- pour d'autres, il s'agissait de constituer un relais entre la vie à la rue, une hospitalisation en psychiatrie à la suite d'un changement de traitement médicamenteux et un suivi de la santé mentale
- certaines structures porteuses se sont également positionnées afin de répondre à des difficultés d'accueil de certaines populations : personnes avec pathologies chroniques, pathologies addictives et/ou troubles psychiatriques, dans le cadre de leur culture médico-sociale préalable
- enfin, pour certains LHSS, il s'agissait de répondre à des besoins en soins, notamment infirmiers, de plus en plus prégnants, pour des personnes accueillies en structures sociales, de type CHRS par exemple.

Les LHSS ne constituant pas l'activité principale des structures porteuses, ils prennent place systématiquement dans un ensemble d'autres dispositifs relevant de l'accueil et de l'hébergement sur le même site géographique (hébergement d'urgence, CHRS, etc.) ou parmi une offre médico-sociale ou sanitaire. À titre d'exemple :

- l'un des LHSS, géré par un CCAS, est adossé à un hébergement d'urgence, un hébergement de stabilisation et un CHRS
- un autre est géré par une association du secteur social et médico-social, il est implanté dans les locaux du CHRS, où se trouve aussi une Maison d'Accueil pour Personnes Âgées Marginalisées (MAPAM)

- un troisième exemple montre qu'un LHSS également géré par une association, se trouve sur le même site qu'un service en Soins de Suite et de Réadaptation en Addictologie (SSRA) et un CHRS disposant de deux pensions de famille pour personnes en situation de précarité, dont une sur le même site.

Ces spécificités ont une influence sur l'organisation des LHSS.

Concernant les ressources humaines, dans plusieurs LHSS, les référents éducatifs sont mutualisés avec le CHRS : bien que leurs temps de travail sont distinctement repérés, ils peuvent néanmoins intervenir de façon flexible si nécessaire et donc pallier le cas échéant à l'absence ponctuelle d'un travailleur social du LHSS. Il en est de même pour la veille de nuit, dans l'un des LHSS, dont le salarié est affecté au CHRS, mais pouvant intervenir au sein du LHSS en cas de besoin de par la proximité géographique. Dans l'un des cas, le partage des locaux avec un SSRA, dans lequel un poste de psychologue est affecté au suivi des patients, permet également cette mutualisation des compétences auprès des personnes accompagnées par le LHSS, ou encore pour les besoins de surveillance médicale nocturne exceptionnelle grâce à du personnel infirmier (pour rappel, le besoin de surveillance médicale 24h/24h est un motif fréquent de refus d'admission en LHSS). Enfin, une structure porteuse a pu dédier un infirmier à temps plein au LHSS par la mutualisation d'autres postes sur l'ensemble de ses autres dispositifs.

Concernant les ressources matérielles, une partie des locaux est aussi fréquemment mutualisée et fait ainsi varier les services proposés aux personnes accueillies : par exemple dans l'un des LHSS adossé à un CHRS, les personnes peuvent profiter d'un espace partagé de bibliothèque et jeux. Dans deux autres lieux, c'est un espace de bar, convivial, proposant des boissons sans alcool, adossé au CHRS, dans lequel se côtoient professionnels et personnes accueillies et donc également ouvert aux personnes du LHSS.

Notons que les activités socioéducatives sont plus ou moins diversifiées dans les LHSS, comme nous le verrons plus loin, mais nous pouvons souligner que l'adossement à une autre structure influe aussi sur la nature de ces dernières et l'implication des personnes accompagnées. La « culture » d'accompagnement de la structure porteuse, proposant plutôt des activités en interne ou à l'extérieur, et son implantation géographique, plutôt urbaine ou rurale, ont également un effet non négligeable sur les types d'activités proposées (séances « bien-être », sorties en plein air, atelier cuisine, etc.).

4.1.2 Des effets de l'offre d'hébergement de la structure porteuse sur les parcours des personnes

Au-delà des ressources matérielles et humaines, l'offre de services en hébergement de la structure porteuse du LHSS peut aussi avoir des effets sur l'accompagnement des personnes, voir sur les trajectoires.

Il arrive régulièrement que des parcours se déroulent en interne, au sein de dispositifs d'une même structure porteuse. Par exemple, pour un organisme gérant un LHSS, un dispositif d'accueil d'urgence, un CHRS et une résidence sociale, un parcours « type » est parfois établi : d'abord un accueil en hébergement d'urgence comme porte d'entrée vers le LHSS (en attendant qu'une place se libère, ou que la personne adhère au projet de soin), un séjour en LHSS pour répondre aux besoins en santé, puis une orientation en CHRS préconisée par les professionnels pour poursuivre l'accompagnement social et la perspective ensuite d'une place en résidence sociale avec davantage d'autonomie. C'est ce que nous avons appelé « l'effet de filière » mentionné préalablement.

Ces accompagnements qualifiés de « gradués » par les professionnels, mis en place en interne, parfois sur le même site géographique, leur permettent de pouvoir travailler avec les personnes accompagnées sur la durée et de disposer ainsi de davantage de temps pour lever certains freins à une progression positive des situations tant sur le volet médical et paramédical que social.

Ainsi, en proposant des parcours en interne permettant un accompagnement plus long, les professionnels peuvent mobiliser des solutions auxquelles ils n'auraient pas pu accéder sur une moindre durée (par exemple : la mise en place d'un suivi par une EMPP⁴⁸ ; le montage d'un dossier de protection des majeurs ; la reprise de liens familiaux ; etc.). Cela permet aussi de débloquer certaines situations administratives, notamment celles concernant les primo arrivants et les délais d'ouverture de droits qui prennent plusieurs mois selon le contexte. Cet accompagnement sur la durée donne aussi très souvent l'opportunité d'obtenir l'adhésion de la personne à un projet de soins en lui laissant le temps de la réflexion et de son appropriation. Par ailleurs, pour d'autres LHSS, portés par le même gestionnaire d'une pension de famille ou d'une MAPAM, ce type de solution de sortie pourra aussi être envisagé plus aisément compte tenu de la très bonne lisibilité dont ils bénéficient sur l'offre.

Ceci étant, même si ces parcours donnent la possibilité d'un temps supplémentaire dans l'accompagnement, ils peuvent également contribuer à l'apparition d'un effet « filière » délétère et aller potentiellement à l'encontre d'autres souhaits de la personne : soit par contrainte de l'offre sur le territoire (par exemple une personne relevant davantage d'une prise en charge en structure pour personnes âgées type EHPAD mais qui sera finalement accueillie au sein du CHRS de la structure porteuse, par manque de places disponibles ou refus d'admission) ou bien par non recueil objectif, ou recueil partiel, du souhait de la personne. Ce déroulé de certains parcours pose donc la question de la linéarité des trajectoires dans l'offre à destination des personnes en situation de précarité et de la distanciation à l'égard de solutions davantage inclusives.

4.1.3 Des équipes toujours pluridisciplinaires mais de composition variable

Compte tenu de l'offre de service de la structure porteuse mais aussi afin de répondre à la diversité des situations accueillies, les équipes en LHSS sont pluridisciplinaires comme spécifié dans leur cahier des charges⁴⁹. Elles comptent parmi leurs effectifs des professionnels médicaux, paramédicaux, sociaux et des fonctions supports. En revanche, selon les choix opérés par la structure porteuse, la fonction, le statut et le temps de présence des professionnels ne sont pas identiques, les différences dans les compositions des équipes sont ainsi notoires d'un dispositif à l'autre⁵⁰. Comme nous le développerons plus loin, ces disparités influent également sur les modalités d'accompagnement mises en œuvre par les professionnels.

⁴⁸ Equipe Mobile Précarité Psychiatrie

⁴⁹ Le décret du 11 janvier 2016 spécifie : « Pour assurer leurs missions, outre son directeur et le personnel administratif, les LHSS disposent d'une équipe pluridisciplinaire comprenant au moins un médecin responsable, des infirmiers diplômés, des travailleurs sociaux titulaires d'un diplôme d'Etat niveau III en travail social et des personnels en charge des prestations d'hébergement et d'entretien. Les LHSS peuvent également disposer d'aides-soignants ou d'auxiliaires de vie sociale. Les personnels peuvent être des salariés de la structure ou des intervenants extérieurs administratifs et techniques, soignants et sociaux, mis à disposition, ou des professionnels de santé libéraux rémunérés par la structure, et dont les prestations sont formalisées par contrat, convention ou protocole. Leur nombre est fixé en fonction du nombre de lits, des pathologies et besoins sociaux des personnes accueillies. La mutualisation des personnels de plusieurs structures peut être organisée dans le cadre de la coordination des établissements prévue à l'article L. 312-7. Les personnels amenés à travailler auprès des personnes accueillies dans les LHSS disposent d'une expérience préalable de travail auprès de ce public. A défaut, ils reçoivent une formation à ce type de prise en charge. »

⁵⁰ La carte d'identité des LHSS en annexe 3 détaille une partie de leur composition d'équipe

Concernant les fonctions médicales, le médecin coordonnateur est associé aux décisions d'admission (plus ou moins selon les LHSS comme nous le verrons dans la partie 4.2), il assure des consultations et coordonne le suivi médical de la personne, mais avec un temps de présence toujours restreint. Dans plusieurs LHSS, des partenariats avec des médecins généralistes de ville sont établis, les consultations s'effectuant, soit directement sur place pour certains dispositifs (sous forme de vacations variant selon les besoins), soit dans leur cabinet. Dans l'un des LHSS, le médecin coordonnateur du dispositif est également référent de la PASS du CH. Dans ce contexte, les consultations sont assurées à la PASS sur une demie journée dédiée dans la semaine. Certains médecins du LHSS peuvent également être spécialisés dans un domaine particulier, en addictologie par exemple dans l'un des cas.

Concernant les fonctions paramédicales, les équipes sont toujours composées d'IDE, en libéral et/ou salarié de la structure porteuse. Lorsqu'il s'agit de professionnels libéraux, des passages journaliers sont effectués, leur présence est donc régulière mais pas continue. Ainsi, l'un des LHSS a renforcé son équipe paramédicale avec une fonction d'aide-soignante 2 heures par jour. Cela permet de faire du lien avec l'équipe socioéducative présente le reste de la journée, ces derniers n'ayant pas toujours l'occasion d'échanger avec l'IDE libéral lors de ses visites. Un autre LHSS a quant à lui recruté un IDE salarié à temps plein en complément des vacations assurées par un IDE en libéral. Certaines équipes comprennent également des AMP, à la frontière du soin et de l'éducatif, ou encore un psychologue, salarié ou mis à disposition.

Concernant les fonctions socioéducatives, elles ne sont pas non plus identiques d'une équipe à l'autre : elles peuvent être composées d'éducateurs spécialisés (ou travailleurs sociaux « faisant fonction de »), de conseillères en économie sociale et familiale, d'assistants de service social. Ils interviennent en binôme ou non. En fonction des structures, leur temps de présence est plus ou moins important (0.2 à 1 ETP).

La répartition entre les fonctions médicales, paramédicales et socioéducatives est dès lors variable : dans un LHSS l'équipe est composée d'un médecin généraliste assurant des consultations en cabinet une fois par semaine, d'AMP à 1.55 ETP et d'une CESF à 0.2 ETP ; dans un autre LHSS l'équipe comprend un temps de médecin et d'IDE libéraux en vacation selon les besoins et un binôme d'ASS et de travailleur social à 0.75 ETP. Hors temps médecin, personnel entretien et administratif, les ETP varient ainsi de 0.75 ETP au minimum⁵¹ à 3.5 ETP au maximum.

Précisons en outre que certaines structures font appel à des stagiaires, notamment IDE ou ES, jusqu'à deux par an, tous les ans, pour entre autres pallier au manque de temps des équipes salariées pour assurer leurs missions (en témoigne le propos d'une des personnes accueillies : « *le cinéma c'était avec un stagiaire donc en ce moment on n'y va plus* » ; dans un autre LHSS ce sont des stagiaires infirmiers qui viennent en appui à la mise en place des actions d'éducation thérapeutique). Certains professionnels éducatifs sont également appelés à travailler les week-end, notamment pour la mise en place d'activités pour lesquelles ils n'ont pas de temps en semaine pour leur mise en oeuvre.

Concernant la formation des équipes, directement en lien avec la diversité des besoins des personnes accompagnées, elles sont également hétérogènes : accompagnement des personnes en situation de handicap, droits des étrangers, mise en place de groupe de parole, prise en charge des addictologies, etc. L'un des IDE en LHSS précise également un besoin de formation aux protocoles de soins des établissements de santé par eux-mêmes. Il s'agit en effet de permettre aux IDE d'assurer la continuité des soins en sortie d'hospitalisation sur des protocoles préétablis par les CH (pansements, hygiène d'une plaie, etc.), notamment dans les cas où le lien entre l'équipe médicale du LHSS et celle à l'origine de l'orientation ne donne pas lieu de manière fluide et efficace à une transmission des informations utiles.

⁵¹ 0.75 ETP auquel il faut rajouter les vacations des IDE libéraux selon les besoins.

Après analyse d'une partie de l'organisation des LHSS décrite ci-dessus, plusieurs constats peuvent être formulés en lien avec des perspectives d'amélioration de l'offre :

- La mutualisation des ressources tant humaines que matérielles entre dispositifs différents adossés à un même porteur est indispensable aux LHSS pour mener à bien leurs missions. Elle permet une souplesse de fonctionnement et offre des opportunités supplémentaires en termes d'accompagnement.

- L'ancrage du LHSS dans une structure de « culture » médico-sociale permet une prise en charge plus globale des personnes accueillies.

- La dimension temporelle est un facteur fondamental à prendre en compte dans l'accompagnement des personnes et la construction du parcours avec elle, et a donc un impact majeur. Le développement d'un lien de confiance avec les professionnels est indispensable à l'accompagnement et à l'élaboration d'une projection, exercice souvent difficile pour les personnes sans domicile fixe compte tenu de leur parcours meurtri et résigné. En témoigne un chef de service de LHSS : « *s'il n'y a pas de lien, il ne se passe rien...* ». Un temps important est effectivement nécessaire à ce recueil d'avis mais surtout à la construction de cet avis lui-même. Lors des entretiens, nous avons rencontré de nombreuses personnes qui, de prime abord, avaient peu d'avis ou d'exigences sur leur accompagnement : par fatalisme, par peur de l'avenir, du fait d'une appropriation du discours des professionnels, etc. Ils sont habitués à être « orientés » et souvent « ballotés » par et dans un système. Il est donc fondamental de les accompagner à redonner une valeur à leur discours, leur avis, leur choix aussi et surtout quand des « parcours type » se mettent en place.

- Les professionnels de santé n'étant généralement pas présents en permanence sur la structure, la surveillance de l'accompagnement en santé est donc assurée par des professionnels socioéducatifs ou des fonctions supports (maitresse de maison, personnel d'entretien, etc.) avec la nécessité d'importantes articulations entre eux pour veiller au suivi de santé. Ainsi les équipes sont polyvalentes et mobilisent des connaissances accrues et diversifiées pour accompagner au mieux les personnes. Cependant, on peut craindre qu'elles finissent à terme par en perdre leur identité professionnelle, observant parfois que les fonctions des uns et des autres se confondent et s'exercent selon les temps de présence, les urgences et les disponibilités et non plus selon les spécialités professionnelles (hors compétences médicales bien sûr).

4.2 Les impacts de la diversité des décisions et des modalités d'admission

4.2.1 Des demandes d'admission parfois inadaptées

Les demandes d'admission en LHSS se font directement auprès de la structure concernée. Il ne s'agit pas d'une orientation de la part de la commission SIAO et/ou de la CDAPH. Comme vu dans la partie précédente, les demandes proviennent généralement d'établissements hospitaliers, ou de dispositifs d'HU parfois de la même structure porteuse dans ce cas.

Sur certains territoires, les LHSS sont souvent des dispositifs peu connus de la part des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Certains apparaissent de surcroît « isolés » dans le paysage médico-social, même s'ils se mobilisent largement pour s'ouvrir à un ensemble de partenariats et d'actions visant à une meilleure interconnaissance, leur petite taille contribuant sans doute à cette méconnaissance et à cet isolement. Cela entraîne dès lors des erreurs régulières dans les demandes d'admission.

Il peut s'agir, exceptionnellement, de l'absence d'un motif médical avec une demande exclusivement liée à un besoin urgent de mise à l'abri.

A l'inverse, cela s'apparente parfois à un besoin de prise en charge en santé trop lourd, les professionnels orienteurs ayant pour représentation une structure médicalisée. En sortie d'hospitalisation, cela se produit parfois après des séjours courts entraînant des sorties sèches car l'hôpital ne peut plus garder la personne, avec des demandes d'admission en LHSS qui se font en urgence, à la demande des assistants de service social, même si elles sont inadaptées aux besoins en santé trop importants de la personne. Il s'agit de demandes « à défaut », et surtout urgentes, c'est à dire faute d'avoir trouvé une autre solution plus adaptée sur le territoire ou faute d'en avoir eu le temps. Le LHSS n'est alors pas équipé en termes de ressources matérielles et humaines (et de partenariats ou de disponibilité de l'offre de santé autour) pour prendre en charge les personnes concernées.

A titre d'illustration, certains LHSS ont reçu des demandes d'admission pour des personnes avec un cancer en stade avancé qui nécessite une surveillance médicale de nuit dont ils ne disposent pas, ou encore pour des personnes qui ont besoin d'une aide à la mobilité sur l'ensemble de la journée, ou bien encore une personne incontinente qui n'a pu être accueillie faute de personnel suffisant pour l'aider à maintenir une hygiène adaptée (notamment pour réaliser des transferts appelant des compétences techniques spécifiques). Certaines situations peuvent être couvertes en ayant recours à un cabinet infirmier mais, d'autres cas, la prise de risque paraît trop importante compte tenu de l'absence de compétences médicales de l'équipe sociale, généralement plus souvent présente, ne permettant pas d'évaluer ni les besoins, ni les urgences pour faire face à certaines situations.

Pour autant, les LHSS acceptent malgré tout parfois des situations particulièrement complexes au regard de certaines urgences de mises à l'abri couplées à des urgences médicales, pour pallier à la saturation ou à l'inexistence d'autres offres qui seraient pourtant mieux adaptées (LAM, SSR, etc.).

4.2.2 Des processus d'admissions variables mais toujours formalisés

Les demandes d'admission en LHSS sont systématiquement formalisées avec un dossier plutôt détaillé à remplir par le demandeur, comprenant systématiquement un volet administratif, un volet médical et un volet social. Ces dossiers sont cependant différents d'un LHSS à l'autre. Par exemple, dans un des LHSS rencontrés, le volet médical (consulté que par le médecin) comprend des renseignements concernant des éléments cliniques somatiques, des événements médico-légaux judiciaires et un bilan psychiatrique ; le dossier social comprend quant à lui des renseignements administratifs et des éléments relatifs à la couverture médicale, la situation familiale, la situation professionnelle, le logement antérieur et la situation civile de la personne. Dans un autre LHSS, une lettre de « motivation » ou encore la précision des démarches en cours et des solutions envisagées à la sortie du dispositif doivent être joints. Enfin dans un LHSS, une grille complémentaire d'évaluation des capacités portant notamment sur les activités de la vie quotidienne, la mobilité, la communication, les fonctions mentales et les tâches domestiques est à compléter par l'orienteur.

L'entrée en LHSS est toujours conditionnée par un motif médical et se fait sur avis du médecin référent. En complément, une concertation avec l'équipe pluridisciplinaire est organisée (chef de service, travailleurs sociaux, IDE, AMP, etc.). Elle prend différentes formes selon les LHSS :

- Il peut s'agir d'une commission d'admission interne hebdomadaire formalisée avec l'ensemble des membres de l'équipe autour de critères d'admission précis

- D'un entretien de préadmission de la personne orientée avec un membre de l'équipe médico-sociale et le chef de service à la suite de l'avis du médecin pour une décision définitive en réunion de service
- Ou encore d'une codécision entre le médecin référent et le chef de service avec recueil de l'avis de l'équipe sociale si besoin.

Dans l'un des LHSS rencontrés où le médecin coordonnateur est le médecin référent de la PASS, les orientations se font essentiellement par ce biais, ce qui facilite les admissions compte tenu de sa bonne connaissance des situations médicales des personnes orientées. Dans un autre cas, il arrive que les échanges avec le médecin se fassent par téléphone pour certaines admissions, avec transmission du dossier par mail directement depuis l'orienteur, face à certaines urgences ou faute de temps de présence du médecin au sein du LHSS (cas des médecins libéraux assurant les consultations à leur cabinet).

Concernant ces processus d'admission, la diversité et la teneur des contenus attendus sont justifiées par les équipes par la nécessité de disposer d'éléments utiles à la projection d'un accompagnement adapté. Cela pose malgré tout la question de la difficulté des personnes et des orienteurs à apporter des réponses précises. En effet, pour les personnes elles-mêmes, même si c'est l'orienteur qui remplira le dossier, l'expression d'une motivation, d'un projet de sortie ou l'apport de données administratives, constituent justement des problématiques majeures, dans lesquelles les LHSS doivent pouvoir les soutenir. Spécifions sur ce point que les équipes doivent aussi composer fréquemment avec les difficultés de communication en langue étrangère limitant le recueil d'informations justes et complètes sur la situation globale de la personne. L'un des LHSS utilise ponctuellement ISM Interprétariat⁵² mais cette solution reste apparemment onéreuse ; un autre ayant un partenariat avec le CH a mutualisé dans ce cadre l'usage de leur plateforme téléphonique de traduction ; d'autres consultent tout simplement un moteur de recherche Internet mais avec dès lors une fiabilité relative de la traduction. Parfois, un autre résident maîtrisant le français et la langue concernée par le besoin d'interprétariat, ou un proche, sont mobilisés mais l'accord de la personne pour partager ses informations est alors la 1^{ère} condition à ces modalités de traduction. A noter qu'aucun professionnel n'a mentionné connaître ou utiliser le « Livret de santé bilingue » édité en 2006 en partenariat entre Le Comède⁵³, la Direction Générale de la Santé et l'INPES⁵⁴, constituant un support de communication et de dialogue pour les personnes migrantes et les professionnels et remis gratuitement par les professionnels. Les 212 pages du guide peuvent être un élément explicatif de cette méconnaissance ou non utilisation.

4.2.3 Des motifs d'admission divers permettant de réguler les places

Comme évoqué préalablement, les motifs d'admission des personnes entrant en LHSS sont variés. Nous avons constaté une disparité quant aux profils des personnes admises, amenant, pour des situations *a priori* similaires, des admissions dans certains LHSS et pas dans d'autres. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette disparité : les modalités d'appropriation du cahier des charges par les professionnels, le contexte territorial, l'historique de la culture de la structure porteuse.

⁵² ISM Interprétariat est une association loi 1901 à but social et non lucratif créée à Paris en 1970 par des personnes soucieuses de l'accueil des travailleurs migrants et de leurs familles au sein de la société française. Elle propose notamment un service de traduction par téléphone, par vidéo, de documents, etc.

⁵³ Comité pour la santé des exilés

⁵⁴ Institut National de Prévention et d'Education à la Santé

Rappelons aussi que le moment où la demande d'admission est effectuée joue un rôle déterminant : des non recours peuvent avoir lieu pour des situations parfois proches car le LHSS du territoire est complet.

À titre d'exemple, dans l'un des LHSS rencontrés, il semble que 18 personnes ont annulé leur demande d'admission au cours de l'année 2017 car elles avaient trouvé une autre solution, peut-être à défaut, du fait de la durée importante de la période d'attente.

Concernant les critères d'admission, même s'ils sont fixés dans le cahier des charges, leur définition assez large offre beaucoup de souplesse quant à leur interprétation, ce qui engendre une appropriation variable des textes et une évaluation des situations différentes d'un LHSS à l'autre, avec des effets tantôt bénéfiques, tantôt négatifs pour les personnes. À titre d'exemple, un LHSS n'accueille pas de personnes avec des pathologies psychiatriques qu'il considère relevant de pathologies chroniques, alors que dans d'autres LHSS ces personnes sont parfois admises. Compte tenu des spécificités de prise en charge de ces publics, des profils des équipes en présence dans les LHSS et des carences de l'offre d'accompagnement en santé mentale, le bien-fondé ou non de ce type d'accueil en LHSS serait à explorer plus précisément, d'autant qu'il a été systématiquement relevé comme problématique par tous les acteurs.

Le contexte territorial peut également jouer sur la typologie du public admis. Les LHSS implantés dans une ville disposant d'une préfecture ou sous-préfecture reçoivent notamment des demandes d'admissions plus importantes pour des personnes migrantes. D'autres LHSS gérés par des structures porteuses reconnues sur le territoire pour l'accueil d'une certaine typologie de public (grands précaires, personnes avec des addictions, etc.) verront alors des demandes d'admission récurrentes sur ce même type de profil y compris sur des places LHSS.

Ainsi, les gestionnaires de LHSS sont vigilants à garder un certain équilibre entre les situations relevant pleinement du dispositif et des situations plus complexes administrativement ou plus lourdes au niveau sanitaire, pour lesquelles le LHSS se révèle insuffisant en terme de ressources d'accompagnement disponibles : moyens humains, équipements, etc. Pour les professionnels, il y a effectivement une nécessité d'équilibrer les typologies de publics au sein des LHSS avec une proportion identique de personnes en grande précarité, de personnes présentant des troubles psychiques et de migrants, afin de ne pas emboliser les places et de permettre une régulation, notamment lorsque l'on peut présager qu'une personne présentera un séjour long, faute, par exemple, de droits non ouverts ou d'une polyopathie.

Cette exploration des décisions et modalités d'admission permet de dresser plusieurs constats :

- La diversité des situations accompagnées, couplées à l'inconditionnalité de l'accueil, à la complexité de certaines situations, mais également à la saturation de l'offre en AHI, génèrent parfois pour les équipes la difficulté de ne plus savoir qui relève ou non du périmètre du dispositif, en d'autres termes « Qui a sa place ou pas au sein du LHSS ? ».

- L'information et la communication régulière auprès des acteurs du territoire sur les missions précises des LHSS est un axe incontournable d'amélioration afin d'éviter des orientations inadaptées. A titre d'exemple, précisons que l'un des LHSS, après une communication auprès des assistantes sociales des centres hospitaliers de son territoire, a vu son dispositif se remplir intégralement avec la mise en place d'une liste d'attente, ce qui n'était jamais arrivé en 5 années de fonctionnement. A l'inverse, l'offre globale dans les secteurs de l'AHI, sanitaire et médico-sociale étant saturée par ailleurs, cela conduit souvent à trouver « absolument » une place pour les personnes, y compris quelques fois en LHSS alors même que cela ne correspond pas entièrement au besoin, mais « *parce qu'il y a une place disponible en accueil inconditionnel* » dit l'un des professionnels.

- Les LHSS sont en outre bien mieux identifiés lorsqu'un membre de l'équipe siège en commission SIAO, notamment au titre des autres hébergements portés par la structure. Cela permet également si besoin d'ajourner en commission les dossiers qui relèveraient d'un LHSS.

- Concernant les dossiers d'admission, différents d'un LHSS à l'autre, une demande doit être effectuée pour chaque structure, ce qui est particulièrement chronophage et contraignant pour les professionnels orienteurs. Cela contribue à complexifier la fluidité des parcours. La création d'un dossier unique pour l'ensemble des LHSS de la région afin d'éviter des démarches administratives fastidieuses et sources de non recours constituerait un 1^{er} niveau de solution.

- Le médecin référent joue un rôle clé dans l'admission de la personne en LHSS quant au regard porté sur l'état de santé, mais sa « fibre sociale », la concertation avec l'équipe pluridisciplinaire, la possible rencontre préalable avec la personne sont tout autant d'éléments essentiels pour une évaluation adaptée des situations lors de l'admission, constituant en outre des éléments facilitateurs pour la suite du parcours dans le sens d'une confiance réciproque entre la personne et l'équipe.

4.3 L'influence des conditions d'accueil

4.3.1 Des locaux et équipements plus ou moins adaptés

Les conditions physiques d'accueil des personnes au sein des LHSS sont aussi très différentes d'une structure à une autre, tributaires évidemment de l'ancienneté des locaux parfois vétustes. Hormis dans deux cas, les infrastructures dans lesquelles se situent ces dispositifs se trouvent dans des locaux anciens et les LHSS n'ont pas forcément fait l'objet de réaménagements majeurs plus adaptés à leurs missions et fonctionnements. À titre d'illustration, les salles de soins et de consultations sont souvent spartiates. Par ailleurs, si tous les LHSS proposent un accueil en chambre individuelle avec douche particulière, permettant de respecter l'intimité de la personne, l'un d'entre eux n'est pas équipé de toilettes en chambre mais sur le palier.

Dans certains LHSS, les chambres sont équipées d'un espace cuisine avec une kitchenette, permettant à la personne une gestion et une élaboration des repas en autonomie si elle le souhaite. Deux d'entre elles s'expriment ainsi : « Ici c'est bien parce que c'est bien équipé, c'est pas comme à l'hôpital ! », « Y'a tout ici, rien à améliorer ». D'autres structures proposent un réfectoire collectif pouvant ne pas convenir au souhait d'autonomie ou d'isolement de certaines personnes, ou présentant des contraintes d'accès pour les personnes à mobilité réduite, mais permettant néanmoins d'être moins isolé dans sa chambre. Précisons aussi que certains LHSS ne disposent pas de la totalité des chambres accessibles pour l'accueil de personnes à mobilité réduite (notamment concernant la configuration des salles de bain).

Du côté des équipements, là encore les situations sont variables, les chambres étant plus ou moins dotées en installation pour y être accompagné dans de bonnes conditions ou tout simplement s'y sentir bien. Dans certains dispositifs, les chambres sont toutes équipées de lits médicalisés, alors que d'autres n'en disposent que de quelques-uns, ne permettant pas l'accueil de certains publics ou alors dans des conditions inadaptées à leurs besoins. De même, tous les LHSS ne permettent pas l'accès au WIFI, à une télévision et/ou à un frigo individuel dans les chambres. Des alternatives sont néanmoins mises en place au sein du collectif : certains LHSS proposent par exemple une cuisine en commun, un espace détente avec canapé et télévision, ou des ordinateurs avec un accès internet.

Ces lieux sont alors des espaces d'échanges et de liens, comme peuvent en témoigner certaines personnes : « *Je suis en contact avec ma maman par internet grâce au PC en bas* », « *Parfois, je vais discuter devant la télé sur le canapé, ça fait du bien* ». Ceci étant, bien souvent les personnes aspirent plutôt à des espaces privatifs pour se reposer : « *J'en ai tellement bavé dans la rue que maintenant j'ai un toit, je préfère rester dans ma chambre* ».

Concernant les bâtiments et leur environnement, les places des LHSS ne sont pas disposées de la même façon sur les sites : dans certains elles sont regroupées sur un même étage ou une aile dédiée au sein du CHRS par exemple ; dans d'autres elles sont plus éloignées du bâtiment principal d'hébergement et jouxtent l'accueil en hébergement d'urgence. Cette dernière configuration n'est pas sans conséquence sur l'état de santé psychique des personnes et le besoin de repos, l'environnement étant particulièrement bruyant (les personnes arrivant à toute heure de la nuit). Corrélé au fait que des veilleurs de nuit ne sont pas mutualisés dans tous les LHSS, cela participe d'un sentiment d'insécurité chez les résidents. En effet, même si la cohabitation entre les personnes est généralement bonne, comme nous le développerons dans la partie suivante, la proximité entre personnes de différents dispositifs peut parfois être source de tensions et poser des difficultés. Elles peuvent être liées à la mixité ethnique de personnes issues de pays en guerre les uns contre les autres, de troubles du comportement, d'alcoolisation massive, etc. L'un des témoignages recueillis l'illustre clairement : « *le seul défaut c'est l'abri de nuit, c'est pas le même genre de clientèle* ».

4.3.2 Une marge d'autonomie variable dans les règlements de fonctionnement

Les règles de fonctionnement sont également disparates d'un LHSS à l'autre, notamment concernant l'accès et l'hébergement d'une personne extérieure, la libre circulation et la consommation d'alcool.

Concernant l'hébergement temporaire d'une personne extérieure (conjoint, enfant, ami) il n'est pas proposé dans tous les LHSS. Lorsque l'hébergement d'un tiers est possible, il se fait généralement dans des conditions très sommaires (installation d'un lit d'appoint dans la même chambre dans la plupart des cas, ou accueil dans une des chambres du CHRS plus grande pour l'accueil d'une famille lorsque des places sont disponibles).

Quant aux visites extérieures, elles sont parfois limitées à des horaires précis, notamment en raison de temps dédié pour la réalisation des soins. Ces modalités de visite ne sont pas soumises aux mêmes exigences d'un LHSS à l'autre : il arrive que les personnes accueillies doivent demander préalablement aux professionnels l'autorisation de recevoir quelqu'un, parfois les règles sont plus souples.

Il en est de même concernant la circulation des personnes : dans certains LHSS, des horaires de sortie sont établis. Dans d'autres, les personnes doivent se signaler à l'accueil du bâtiment lors de toute entrée et sortie, y compris, par exemple lorsqu'elles rendent visite à une personne d'un autre dispositif dans les mêmes locaux. Dans d'autres LHSS, les personnes peuvent circuler librement.

Il convient de rappeler que ces règles plus ou moins strictes doivent d'une part figurer dans le règlement de fonctionnement du LHSS et en principe dans le contrat de séjour ou le Document Individuel de Prise en Charge (DIPC - si la durée de séjour est inférieure à deux mois) ; d'autre part, tout en conciliant le bon fonctionnement du service, elles doivent respecter également les droits et libertés individuelles et collectives des personnes.

La liberté d'aller et venir est une liberté fondamentale, reconnue tant par le droit interne que par les textes internationaux⁵⁵, qui connaît cependant des restrictions car elle doit être conciliée avec d'autres impératifs notamment de libertés publiques elles-mêmes constitutionnellement garantie (ordre public, sécurité des personnes). Ceci étant, peu de textes régissent la question des libertés d'aller et venir dans les ESSMS⁵⁶ (hormis depuis le 1^{er} avril 2017 dans les établissements et services accompagnant des personnes âgées⁵⁷), même si le CASF⁵⁸ stipule désormais que sont assurées aux personnes en ESSMS « *Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité, de sa sécurité et de son droit à aller et venir librement* ». Sans décret d'application parus au-delà des établissements d'hébergement sociaux et médico-sociaux pour personnes âgées, il s'agit dès lors de s'appuyer sur un certain nombre de recommandations existantes et sur des procédures éthiques⁵⁹. La conférence de consensus organisée en 2004 par l'ANAES⁶⁰ rappelait en préambule : « *la liberté d'aller et venir d'une personne [...] accueillie dans un établissement médico-social ne doit pas être entendue seulement comme la liberté de ses déplacements à l'intérieur de l'établissement mais aussi comme la possibilité pour elle de mener une vie ordinaire au sein de l'établissement. Cette liberté s'interprète de manière extensive et prend appui sur les notions d'autonomie, de vie privée et de dignité de la personne. [...] La liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux est un droit inaliénable [...]. Toutefois cette liberté peut être exceptionnellement limitée dans des conditions strictement définies pour des raisons médicales. Il faut réussir à concilier deux principes apparemment opposés, la liberté et la sécurité, ceci au cas par cas, en prenant en compte d'abord la situation de la personne et non ses pathologies et en s'attachant à apporter une réponse adaptée à sa vulnérabilité éventuelle.* » L'invocation en LHSS de restrictions de libertés d'aller et venir en raison d'horaires de soins peut dès lors se justifier au regard de contraintes organisationnelles de service mais ces règles doivent pouvoir s'appliquer raisonnablement, précisément sur des horaires exacts et non des amplitudes de demi-journées, et individuellement, selon si les personnes ont besoin de soins au quotidien ou non, de surcroît puisque toute personne, capable de discernement et informée des conséquences de ses choix, peut librement refuser les actes médicaux (sauf dans certains cas précis prévus par la législation, notamment dans les situations d'urgence). Ce raisonnement de restrictions *a minima* doit s'appliquer de même concernant la sécurité des personnes, sauf justifications précises et circonstanciées, comme rappelé par Sandrine BIAGINI GIRARD, maître de conférences en droit public.

Précisons aussi que tous les LHSS n'offrent pas non plus les mêmes possibilités quant à l'accueil des animaux : certains l'interdisent formellement au sein de leurs locaux, d'autres l'autorisent sous certaines conditions (à savoir pour des animaux de petite taille avec un contrat spécifique signé, ou si la personne est en capacité de le sortir et de s'en occuper).

La consommation d'alcool, elle aussi, est encadrée par des règles variables selon les structures : certains LHSS interdisent la consommation d'alcool dans leurs locaux, d'autres l'autorisent ponctuellement dans la chambre pour éviter des accès de violence ou la rupture du parcours. Dans l'un des LHSS, les professionnels gardent dans une consigne les bouteilles d'alcool au cours du séjour. Ils les donnent aux personnes sur demande, à condition qu'elles soient consommées à l'extérieur du bâtiment, pour éviter l'alcoolisation massive au sein du collectif.

⁵⁵ Principe à valeur constitutionnelle en 1979, rattaché à l'article 66 de la Constitution, ainsi qu'aux articles 2 et 4 de la déclaration des droits de l'Homme et du citoyen

⁵⁶ Etablissement et Service Social et Médico-Social

⁵⁷ Décret n° 2016-1743 du 15 décembre 2016 relatif à l'annexe au contrat de séjour dans les établissements d'hébergement sociaux et médico-sociaux pour personnes âgées

⁵⁸ Article 311-3 du Code de l'Action Social et des Familles

⁵⁹ Voir le dossier juridique des Actualités Sociales Hebdomadaires N°3092 – 11 janvier 2019 : « La liberté d'aller et venir dans les ESSMS » et l'article de Dominique Dubois, Conseillère technique-Juriste au CREAI BFC dans le bulletin d'information n°360 de septembre 2017 - <http://www.creaibfc.org/index.php?page=les-archives-bi>

⁶⁰ Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

En référence à ces constats relatifs aux conditions d'accueil en LHSS, plusieurs points interpellent :

- Les LHSS, disposant d'un nombre restreint de places, ne fonctionnent pas comme un établissement de santé à part entière. Souvent adossés à des structures sociales, ils offrent pour la plupart des conditions d'accueil minimalistes en termes de ressources matérielles et de locaux par rapport aux besoins spécifiques des personnes accompagnées, notamment en santé : taille réduite des chambres pour s'y mouvoir, insonorisation de mauvaise qualité au détriment du besoin de repos, difficulté d'accès aux transports en commun pour se rendre aux consultations, etc.

- Les équipements proposés, avec un cadre de vie plus ou moins confortable, peuvent influencer sur le sentiment même temporaire « d'avoir un chez soi », de pouvoir se reposer et de se sentir moins seul (la télévision ou l'accès à internet pouvant combler un sentiment d'ennui et constituer un lien vers l'extérieur). Cela peut favoriser l'adhésion de la personne à son projet de soin, ou au contraire le freiner, comme en témoigne une personne « *si j'ai pas de télé, c'est problème* ».

- Les règles de fonctionnement, différentes d'un LHSS à l'autre, ont des répercussions sur la qualité de l'accueil, les activités et libertés des personnes. En fonction des dispositifs, ces règles sont plus ou moins souples, laissant à la personne une certaine autonomie ou non. À ce titre, notons que des contradictions apparaissent parfois entre une volonté de démocratie participative de la part des professionnels avec un souhait d'autonomisation des personnes accueillies, et pourtant des règles de fonctionnement strictes et discutables. Aussi, la possibilité ou non de pouvoir accueillir une personne de son entourage ou son animal, dont on sait qu'il s'agit d'un repère important chez la personne en situation de précarité, peut constituer un frein dans l'adhésion de la personne au projet global d'accompagnement. A l'inverse, des règles plus flexibles en fonction des situations peut participer du développement d'un lien de confiance entre les professionnels et les personnes, en faire un support d'échanges et faciliter l'adhésion au projet global d'accompagnement.

4.4 Des formes diverses de participation au collectif

4.4.1 Différentes propositions des professionnels en faveur de la démocratie participative

Directement en lien avec ce qui vient d'être mentionné ci-dessus concernant le tissage d'un lien avec les personnes accompagnées, nous constatons que, de manière générale dans tous les LHSS, les professionnels tentent de mobiliser les personnes en les incitant à participer à la vie du dispositif notamment par une participation à des temps collectifs ou à des instances prévues à cet effet. Ceci étant, ils sont généralement en présence de publics plutôt solitaires, avec un fort besoin de repos et de tranquillité, parvenant peu à s'inscrire dans un processus de participation collective.

Le Conseil de Vie Sociale (CVS) des résidents de CHRS auquel est adossé chaque LHSS donne l'opportunité aux personnes d'y être associées. Dans les faits, très peu de personnes s'en saisissent car elles ne s'inscrivent pas dans la durée dans la structure, tout du moins lorsqu'elles sont sur le LHSS et sont accaparées par d'autres problématiques (problème de santé, épuisement physique et psychique, ouverture de droits, etc.). En témoigne cette personne rencontrée : « *je ne participe pas car j'ai mon traitement et ça me fatigue* ».

En revanche, dans un LHSS, une association d'anciens résidents de CHRS a été créée à laquelle peuvent participer les personnes de LHSS pour prendre part à certaines activités. Cela fonctionne bien grâce à l'organisation de tournois de pétanque, des déjeuners barbecue, etc., avec un caractère peut être moins formel qu'un CVS pour des personnes encore très éloignées du collectif. Dans un autre LHSS, les professionnels ont installé une boîte à idées pour recueillir les propositions des personnes de chacun et des activités individuelles ou semi-collectives sont ainsi mises en place à l'initiative des personnes (par exemple la fabrication de bracelets brésiliens suggérée et animée par une personne pourtant éloignée du collectif à l'origine).

Dans d'autres LHSS, les professionnels ont instauré des temps collectifs obligatoires avec des réunions autour d'un café pour traiter du fonctionnement de la structure et donner son avis et/ou des temps de repas collectifs.

Nombre des LHSS favorisent également la participation des personnes au Conseil Consultatif Régional des Personnes Accueillies de Bourgogne-Franche-Comté (CCRPA), une instance visant la participation des personnes en situation de précarité à l'élaboration, au suivi et à l'évaluation des politiques publiques contre la précarité et pour l'inclusion sociale. Cette instance est un moyen d'exercer leur citoyenneté et un outil d'insertion sociale mais nous n'avons pas eu connaissance du nombre de personnes en LHSS y participant. Au regard des participations en CVS des CHRS, nous pouvons supposer que cette proportion doit être moindre et s'instaurer peut-être plutôt dans la suite du parcours.

4.4.2 Une solidarité importante entre les personnes

Comme évoqué précédemment, malgré la diversité et la complexité des problématiques des personnes en LHSS desquelles on aurait pu imaginer que cela puisse générer des tensions relationnelles, les professionnels nous indiquent généralement des cohabitations plutôt sereines et une bonne entente dans le collectif, avec parfois des formes d'entraide et de solidarité diverses entre les personnes accueillies :

- une aide à la traduction dans la vie quotidienne et pendant des entretiens avec les professionnels entre des personnes originaires d'un même pays
- une aide pour le portage des courses
- une aide pour se déplacer jusqu'à la salle de restauration en cas de mobilité réduite
- l'accompagnement aux visites d'un proche en EHPAD
- certaines personnes proposent même des activités en fonction de leurs compétences (des cours d'anglais dans un LHSS par exemple).

Ces formes fréquentes de solidarité sont probablement à mettre en lien avec le parcours de vie antérieur de ces personnes. En effet, la plupart des personnes sont admises en LHSS suite à des parcours de rue et/ou de migration de plusieurs mois, voire plusieurs années, durant lesquels elles ont dû développer des formes d'entraide importantes pour survivre.

Ainsi, même si la plupart du temps elles ont besoin de rester dans leur chambre pour y puiser tranquillité et repos, elles conservent ces manières de fonctionner au sein du collectif et entretiennent alors avec les personnes du LHSS un lien relationnel souvent perdu avec leurs familles : « *on est assez solidaires ici, ça change de ma famille qui ne me parle pas à cause de ma consommation de stupéfiants* ».

Enfin, dans certains LHSS, les personnes davantage livrées à elles-mêmes pour certaines activités de leur vie quotidienne (faire des courses, aller à une consultation médicale, etc.) s'entraident aussi pour améliorer leurs journées : « on s'aide pour se donner 1.40 € pour prendre le bus ou pour s'acheter à manger car les barquettes tous les jours c'est un peu ragoutant ».

Les équipes des LHSS sont vigilantes à favoriser les liens avec les résidents, à contribuer à la reprise de liens sociaux, à développer la participation des personnes, mais cela reste un sujet complexe compte tenu, d'une part du peu de temps disponible en ce sens pour les professionnels (priorisant souvent d'autres aspects), d'autre part des parcours antérieurs des personnes. Certaines d'entre elles, dont l'équilibre est fragile, peuvent se sentir mises à mal par le poids du collectif et par des temps obligatoires instaurés en groupe, notamment pour celles ayant exprimé préférer rester dans leur chambre. Pour autant, même si nombre de personnes restent sur des durées courtes en LHSS, les actions présentées ci-dessus constituent des dispositions favorables pour s'appuyer davantage sur ce que les personnes peuvent offrir les unes aux autres.

4.5 Une multitude de services et de partenariats mis en œuvre mais peu formalisés

4.5.1 Des modalités d'accompagnement multiples et variées mais peu de documents de suivi

Comme nous l'avons présenté précédemment, les modalités d'accompagnement proposées au sein des LHSS, tant sur le volet médical, paramédical que social sont souples et adaptées aux profils des personnes. Notons cependant que les objectifs et les modalités d'accompagnement des personnes en réponse à leurs besoins ne sont pas toujours formalisés dans un contrat de séjour ou dans un DIPC, comme l'exige la loi 2002-2 ayant rénové l'action sociale et médico-sociale.

Au-delà de la prise en charge médicale et paramédicale et de la coordination des suivis en santé assurés par le médecin référent, les IDE, les aide-soignant, les AMP (selon la composition de l'équipe), un large éventail d'actes médicaux et paramédicaux sont réalisés pendant le séjour, comme le suivi des traitements médicamenteux, les soins de nursing, les prises de sang, etc., et de multiples consultations sont mises en place (radiologie, cardiologie, kinésithérapie, etc.). Pour autant, là aussi, les projets de soins ne sont pas toujours formalisés d'une structure à l'autre et c'est parfois un cahier de transmission qui fait le lien principal entre le médecin référent, les IDE, l'AS.

Les équipes précisent aussi des carences de l'offre dans certaines spécialités médicales ou paramédicales, de surcroît lorsqu'il s'agit que ces professionnels acceptent de se déplacer au LHSS, rendant complexe la mission de répondre à l'ensemble des besoins en santé des personnes. Selon les territoires, il s'agit des médecins généralistes mais aussi de kinésithérapeute, podologue et, sur l'ensemble, de psychiatres.

En outre, l'éducation thérapeutique, constituant l'une des missions des LHSS, est dans les faits difficile à mettre en place pour la totalité des LHSS, notamment en raison de l'éloignement des personnes d'une démarche de « prendre soin de soi ». Certaines actions sont tout de même instaurées dans le quotidien à titre souvent individuel, concernant par exemple l'hygiène des pansements, l'incitation à la vaccination, l'importance des injections régulières de trithérapie, la conception de panneaux de prévention sur le tabac, etc. Il s'agit alors souvent d'un dialogue avec les personnes afin de leur donner des repères et des informations quant aux risques liés à leurs comportements parfois à risque (consommation de tabac, d'alcool, manque d'hygiène, etc.).

Concernant les actes de la vie quotidienne, les professionnels font part d'un manque de moyens pour les aides à la toilette, mises à part pour les équipes comptant des AMP ou AS.

Dans certains LHSS, un soutien psychologique est également proposé, soit avec des accompagnements collectifs (par la réalisation d'activités thérapeutiques comme des ateliers de photo langage par exemple), soit par un soutien individuel avec des entretiens.

L'accompagnement sur le volet social se focalise quant à lui essentiellement sur les démarches administratives, avec notamment l'ouverture ou le renouvellement des droits et des ressources (CMU, AME, pension d'invalidité, etc.) et la recherche de solutions d'hébergement ou logement à la sortie du dispositif. Selon la volonté des personnes, mais également la disponibilité des professionnels en termes de temps, il peut s'agir d'une aide directe, comme un accompagnement physique de la personne (lors d'un rendez-vous à la préfecture ou une visite d'un lieu d'hébergement par exemple) ou plutôt un rôle d'interface (aide au remplissage d'un dossier administratif, entretien téléphonique, etc.). Pour préparer ces démarches, les entretiens avec les travailleurs sociaux ont lieu directement dans la chambre de la personne ou dans un bureau dédié pour favoriser la responsabilisation (la personne devant se déplacer dans un lieu donné et respecter des horaires précis).

Dans l'un des LHSS, un factotum est présent pour assurer les déplacements extérieurs. Dans un autre, plusieurs résidents souhaiteraient de l'aide pour aller faire des achats personnels en raison de douleurs dorsales, de fatigue, d'apathie, les empêchant dans certains cas. Notons sur ce point que dans l'un des LHSS, des bons-chèques du CCAS porteurs du LHSS sont remis aux personnes accueillies pour procéder aux achats alimentaires nécessaires pour le petit déjeuner. L'objectif recherché est de les rendre autonomes dans la réalisation de certaines activités de la vie quotidienne. Ceci étant, cette pratique apparaît stigmatisante dans le paiement de courses en bons-chèques, pour un public faisant déjà l'objet de nombreux stéréotypes, comme le font remarquer certains résidents.

Concernant les projets de sorties vers un logement/hébergement, ils sont systématiquement abordés presque dès l'arrivée de la personne mais ne sont pas non plus souvent formalisés. Les professionnels soulignent à maintes reprises, au-delà du réel travail à déployer pour parvenir à des solutions vers des logements de droit commun, les pratiques discriminantes du côté des bailleurs et propriétaires, à l'égard du public, constituant des freins systématiques dans ces démarches.

En complément, en fonction de la situation des personnes et de leurs demandes, le travail social peut également comprendre d'autres actions telles que l'aide :

- pour une réinsertion professionnelle avec des accompagnements à Pôle Emploi ou à la Mission Locale par exemple
- à la conception d'un budget avec des conseils et l'aide à la fabrication d'outils
- à la reprise ou au développement des liens familiaux avec des contacts téléphoniques ou l'aide à l'utilisation d'un ordinateur.

Il est à noter que pour les personnes déboutées du droit d'asile aucun accompagnement social ne peut être mis en place faute de droits, mettant particulièrement en souffrance la personne elle-même bien-sûr, mais aussi les équipes.

Concernant les activités « socialisantes » (sorties, ateliers cuisine, sports, etc.), elles sont plus ou moins proposées par les professionnels en fonction des structures, pour différentes raisons :

- au vu de la disponibilité des professionnels et de leur représentation quant aux missions premières du LHSS
- en référence à la priorisation des réponses à apporter sur des problématiques plus urgentes avec un temps de séjour assez restreint
- au regard du public accueilli plutôt solitaire aspirant à un fort besoin de repos. En témoigne l'une des personnes : *« j'aime pas les sorties. J'aime pas être à l'extérieur d'ici. Ici, je me sens en sécurité »*
- compte tenu du lieu d'accueil temporaire qu'est le LHSS conduisant les équipes à être vigilante à ne pas mobiliser une adhésion trop importante des personnes à la vie à la collectivité en interne au risque de freiner l'engagement dans un projet de sortie en les incitant plutôt à mobiliser des activités et démarches à l'extérieur de façon autonome
- et du fait de l'absence d'un budget dédié et de l'insuffisance de ressources alors disponibles : l'un des LHSS mutualise le budget activités avec celui du CHRS ; un autre lève des fonds de fondations d'entreprises pour pouvoir faire des sorties.

Certaines personnes ont indiqué apprécier les activités proposées, voire en souhaiter davantage : *« les activités ça nous fait faire autre chose, on apprend des choses, on sort du centre »* ; *« ça manque cruellement d'activités, il faudrait des spectacles, des chansons »* ; *« pour le moment, pas de sortie, on me propose rien, s'il y en avait, je ferais, ça m'occuperait »*. Précisons que dans ces cas-là, il s'agit de personnes plutôt stabilisées dans leurs pathologies médicales et avancées dans leur durée de séjour.

Lorsque des activités sont proposées, elles sont axées souvent autour du « bien-être » afin de travailler l'image de soi et la réappropriation du corps pouvant favoriser l'adhésion à un projet de soin (sophrologie, esthétique, shiatsu, art-thérapie), de la cuisine, de la musique ou des sorties culturelles. Dans l'un des LHSS, certaines activités sont proposées la journée par l'agent d'entretien ou la maîtresse de maison. Précisons que quand des activités ont lieu à l'extérieur, il est fait mention de difficultés parfois pour les personnes d'y participer compte tenu du regard de la société « ordinaire » à leur égard (*« les gens y voient bien que j'ai des tatouages partout et que j'ai pas d'argent »*).

Notons aussi que dans l'un des LHSS, une contribution financière est demandée aux personnes accueillies pour les activités (1.50 €) afin que cela participe de leur adhésion. Cette pratique semble contradictoire. Les personnes n'ayant pas ou peu de ressources, leur participation est dès lors remise en cause, alors même que cette pratique vise à rechercher leur adhésion.

Par ailleurs, sur certains territoires, les aides financières qui sont octroyées au public à la rue par le CCAS (d'un montant de 60 €/mois) sont ensuite refusées en LHSS, considérant que les besoins primaires de la personne (hygiène, hébergement, etc.) sont couverts par les missions de la structure. Pour autant, pour les personnes sans ressources et sans droits aux aides sociales, elles ne peuvent pas alors couvrir leurs besoins sociaux ou d'accomplissement de soi selon leur propre indépendance de choix (par exemple, participer à une activité, acheter un bien personnel, etc.). Pour trouver une alternative à l'absence de ressources financières, certaines personnes continuent alors à mendier, tributaire de ce cercle vicieux : *« je continue à faire la manche pour me payer mes clopes »*.

4.5.2 De nombreux partenariats indispensables mais à renforcer

Afin de répondre à la diversité des besoins, les LHSS font beaucoup appel à des intervenants et des partenariats extérieurs mais généralement peu formalisés par des conventions.

Concernant le volet médical et paramédical, la plupart des LHSS ont développé des partenariats pour compléter leurs ressources en interne. Il peut s'agir d'une pharmacie de proximité pour l'approvisionnement des traitements médicamenteux, du CH/CHU dans le cadre du conventionnement avec le médecin de la PASS, de cabinets de professionnels libéraux : maison de santé, cabinet IDE, médecin généraliste, mais également avec un cabinet de kinésithérapie pour deux des LHSS rencontrés. Un autre dispose d'une convention avec un laboratoire de biologie médicale. Certains se sont également rapprochés d'associations d'aide et de soins à domicile pour assurer les soins de nursing.

La prise en charge des addictions est généralement effectuée à l'extérieur de l'établissement dans des centres de soins en addictologie avec lesquels sont en lien les LHSS (par exemple le CSAPA, l'ANPAA), même si le délai d'attente pour une première consultation est de plusieurs mois, de même qu'au CMP. Les personnes préfèrent en effet se rendre à des consultations directement sur place pour éviter toute stigmatisation en interne. À l'inverse, les partenariats fréquents avec les EMPP sont plutôt mis en place au sein des LHSS. Dans l'un des LHSS rencontrés, l'IDE dédiée à l'EMPP participe à des réunions de service avec l'équipe une fois par mois, ce qui permet d'entretenir ce réseau et de mieux comprendre le fonctionnement et l'objectif de chacun dans le projet d'accompagnement global de la personne.

Concernant les situations plus « lourdes », dont l'accompagnement en fin de vie, certains LHSS font appel à une équipe mobile de soins palliatifs ou un service de HAD, n'étant pas équipés en interne pour accompagner ces personnes dans des conditions adaptées, ou ne disposant pas des compétences spécifiques en ce sens⁶¹.

Sur le volet de l'éducation thérapeutique, même si comme évoqué plus haut les actions sont généralement menées individuellement, soulignons que l'un des LHSS fait appel à des étudiants de l'IFSI pour mettre en place des ateliers de prévention (sur la nourriture, etc.).

Concernant le volet social, là aussi les partenariats sont très divers, selon la nature des réponses à mettre en place. L'un des LHSS coopère par exemple avec un chantier d'insertion, constituant une étape dans le parcours d'insertion sociale et professionnelle de la personne pour connaître déjà dans un 1^{er} temps certains métiers. Cela permet aussi à la personne de se (re-)familiariser progressivement avec les contraintes et les attentes du milieu professionnel (ponctualité, relations avec des collègues de travail, etc.). Ainsi, l'association communique régulièrement auprès du LHSS sur les chantiers à venir.

Des collaborations avec des associations d'aide à domicile ou des services (type SAMSAH) sont instaurées quelques rares fois pour travailler la sortie en logement ordinaire avec un étayage médico-social, de même qu'avec des associations à destination des personnes en difficultés financières pour une aide dans la gestion du budget par exemple. Dans d'autres LHSS, des liens sont maintenus avec le Service Pénitentiaire d'Information et de Probation (SPIP) avec une réunion une fois par trimestre dans l'un des LHSS, l'Union Départementale des Associations Familiales (UDAF) ou encore le CCAS.

⁶¹ Précisons sur ce point que la ministre de la santé Agnès Buzyn a rappelé lors du colloque « HAD et structures sociales / médico-sociales : une mobilisation de tous les acteurs au bénéfice de tous les usagers », le 22 janvier 2019, combien elle souhaitait voir se développer l'HAD dans les établissements sociaux et médico-sociaux : « elle répond aux attentes des usagers, en permettant une continuité de la prise en charge personnalisée et globale, maintenant la personne dans un environnement connu et rassurant ». « Des expériences fonctionnent, on a des outils, on sait combien aller à l'hôpital peut être violent pour des personnes vulnérables, et pourtant, il y a très peu d'échos de l'HAD dans les ESMS aujourd'hui. C'est un vrai paradoxe. Ce n'est un problème de textes, c'est un problème dans les têtes » a souligné Philippe Denormandie, chirurgien et directeur des relations santé à la NEHS.

Quant aux activités socio-éducatives, des partenariats sont aussi établis pour favoriser leur mise en place au sein du LHSS ou la participation des personnes à l'extérieur : coiffeurs, cabinets esthétiques ou association proposant des massages corporels ou de la sophrologie.

Enfin, d'autres sont partenaires avec des associations de l'agglomération (par exemple pour accéder à un temps sportif dédié dans un gymnase) ou ont développé des projets avec des dispositifs de droits commun, comme des réseaux de transport pour faciliter la mobilité des personnes avec des tarifs préférentiels.

Concernant les modalités d'accompagnement, plusieurs points de vigilance apparaissent alors en vue du déploiement de l'offre :

- Le manque de médecins et professionnels paramédicaux sur certains territoires, couplé au temps de présence très restreint du médecin en LHSS, au travail avec des cabinets IDE libéraux externes à la structure, à la complexité ou l'urgence de certaines situations, conduisent les équipes à gérer un vaste panel de situations avec peu d'outil à leur disposition pour le suivi des situations.

- L'éducation thérapeutique d'une part, l'accompagnement psycho social d'autre part, semblent des missions peu couvertes par les équipes, sur lesquelles elles sont en difficultés, alors même qu'elles sont essentielles au regard des spécificités du public.

- Dans certains cas, eu égard aux délais d'attente d'ouverture ou de renouvellement des droits, certains séjours en LHSS peuvent être admis ou prolongés afin de débloquent des situations administratives, des alternatives devant alors être également trouvées au niveau sanitaire (par exemple pour se rapprocher de la PASS pour l'obtention de médicaments nécessaire à la personne sortie de l'hôpital sans durée de prescription suffisante par rapport à situation).

- Les professionnels rencontrent de grandes difficultés à trouver des solutions de sortie adaptées et durables pour les personnes, en raison, entre autres, d'une offre saturée sur le territoire et de la stigmatisation dont ces personnes font l'objet.

- Dans la très grande majorité des LHSS, les équipes s'accordent sur la nécessité d'un accompagnement devant s'inscrire bien souvent sur une durée supérieure à quelques jours ou semaines pour prendre le temps de créer du lien avec les personnes et ne pas les brusquer, à nouveau.

- Enfin, la réalisation de l'ensemble des missions des LHSS va inconditionnellement de paire avec la mobilisation de l'offre partenariale extérieure. Cela participe de surcroit d'une inter connaissance et d'une évolution des représentations sur le public cible. Ces partenariats ne peuvent fonctionner correctement et s'inscrire dans la durée que grâce au déploiement et à l'entretien de rencontres régulières afin d'appréhender au mieux les spécificités des personnes accueillies (explication de la non présence de la personne au RDV, impact de la culture de la personne dans ses choix d'activités, etc.). Ainsi, un partenariat de proximité répondant aux besoins des personnes ne va pas sans échanges sur les attentes de ces dernières, la spécificité de leur situation, les pratiques respectives des professionnels et nécessitent dès lors des temps et des ressources dédiées pour être efficaces.

5. LES CONDITIONS DE REUSSITE DU DEPLOIEMENT DE L'OFFRE LHSS

Dans le cadre d'une perspective de déploiement de l'offre des LHSS sur le territoire, nous avons ainsi identifié un certain nombre de conditions de réussite, réparties selon les 5 thématiques suivantes :

- l'admission
- l'accompagnement à la santé et au prendre soin
- l'accompagnement socio-éducatif
- la participation des personnes
- la suite du parcours

• L'admission

- **Rendre lisible l'offre sur le territoire** : il s'agit de communiquer régulièrement auprès des potentiels acteurs orienteurs autour des missions et du périmètre d'intervention des LHSS. Cela leur permettra une meilleure appréhension de cette offre, de ses spécificités et de sa complémentarité avec les ACT et LAM notamment. Des actions de communication peuvent être envisagées auprès des ASS des services hospitaliers, de même que des rencontres régulières avec les services d'urgences des établissements de santé et la formalisation de conventions de partenariat avec ces acteurs.
- **Mettre en place un dossier unique d'admission en LHSS à échelle régionale, voire nationale, de même pour les LAM** : il s'agit d'éviter aux services orienteurs d'effectuer des demandes différentes dans chacun des dispositifs, permettant ainsi de simplifier une étape lourde et chronophage.
- **Conserver des liens avec les services orienteurs, avec l'accord préalable de la personne, notamment pour identifier ses précédents référents sociaux (ASS d'un service en particulier, référent RSA, etc.)** : l'objectif est d'assurer une continuité d'accompagnement par l'échange d'informations essentielles sur le parcours et les droits ouverts (concernant notamment certaines démarches déjà effectuées antérieurement) et d'éviter aux personnes d'être confrontées aux mêmes questions répétitives, dont certaines peuvent faire écho à un passé douloureux et freiner leur adhésion.
- **Favoriser les postes d'IDE salariés au sein des LHSS, ou a minima un IDE « référent » intervenant en libéral** : dans le premier cas, cette internalisation du poste d'IDE est préférable car il constitue alors une ressource en présentiel pour mener à bien toutes les missions paramédicales au-delà des soins, notamment pour mettre en place des actions d'éducation thérapeutique plus soutenues, formaliser les projets des soins avec le médecin, etc. Dans le second cas, l'IDE référent en libéral serait alors concerté dès la phase de demande d'admission pour donner son avis quant à la possibilité ou non de répondre aux besoins de la personne dans des conditions suffisamment adaptées.

• L'accompagnement à la santé et au prendre soin

- **Mettre en place une aide aux transports des personnes pour les consultations de santé** : au travers de partenariats avec des réseaux de transports ou la désignation d'un personnel pour assurer ces transports. L'objectif est, d'une part, de pallier aux problématiques, notamment de coûts, relatifs à l'éloignement géographique de certains dispositifs se situant plutôt en zone rurale ; d'autre part, de donner la possibilité d'un accompagnement physique à des rendez-vous médicaux dans les situations le nécessitant (désorientation de la personne, mobilité restreinte, etc.).

- **Former les professionnels de santé aux spécificités de l'accompagnement de personnes en grande difficulté sociale** : il s'agit de développer les capacités de ces professionnels à tenir compte des spécificités des personnes en situation de précarité, en faisant preuve de bienveillance et de tolérance. Une meilleure connaissance de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale dédiée à l'accompagnement de ce public est essentielle pour lutter contre les refus de soins (en prenant mieux en considération les personnes et en les orientant vers l'offre existante la plus adaptée possible). Un module spécifique pourrait être envisagé dans le cursus de médecine, en intégrant des éléments de législation française, une information sur les dispositifs d'accompagnement sanitaires, médico-sociaux et sociaux, des repères culturels sur le rapport aux soins pour les personnes issues de pays étrangers, etc. Un guide et/ou un site Internet, constitueraient aussi une ressource utile pour référencer et expliquer l'offre existante, son fonctionnement, ses missions, etc.
 - **Mutualiser des postes de psychologues** : un temps de psychologue dédié au LHSS paraît incontournable dans la composition de l'équipe pluridisciplinaire, tant pour l'accompagnement individuel, que collectif, proposé aux personnes, que pour la sollicitation de son expertise dans l'évaluation des situations. Ces postes pourraient être mutualisés entre LHSS, LAM, ACT selon les proximités géographiques, ou avec l'offre de services de la structure porteuse (CHRS, ...).
 - **Compléter le forfait jour des LHSS dans les situations de santé nécessitant des prises en charge onéreuses en cas d'absence de couverture médicale** : l'accueil en LHSS est inconditionnel mais la prise en charge en santé peut le devenir ensuite en référence à des coûts de certains traitements notamment. Le complément du forfait jour des LHSS au cas par cas relève du droit universel d'accès à la santé.
 - **Disposer de salles de soins adaptées** : l'objectif est de clarifier ce qui est attendu d'une salle de soins en LHSS (et réévaluer le prix de journée le cas échéant) afin de permettre aux professionnels médicaux et paramédicaux d'exercer, et aux personnes d'être accompagnées, dans de bonnes conditions.
- **L'accompagnement socio-éducatif**
 - **Faire évoluer le prix de journée en faveur d'une aide à la réalisation des actes de la vie quotidienne et de l'accompagnement social** : il s'agit de doter les LHSS d'un budget dédié pour mettre en œuvre un véritable projet d'accompagnement vers l'autonomie d'une part et l'ouverture sociale d'autre part (pour recruter par exemple une maitresse de maison ou disposer d'un budget dédié pour mettre en place des activités).
 - **Encourager les formations des équipes pluridisciplinaires des LHSS** : des formations sont déjà suivies par les professionnels des LHSS mais d'autres demandes émanent, notamment sur la communication non violente, l'accompagnement social des adultes ayant une pathologie psychiatrique ou addictive, etc.

- **La participation des personnes**

- **Rendre l'information accessible à toutes les personnes accueillies afin de permettre leur participation** : l'accessibilité de l'information est un enjeu majeur et incontournable pour favoriser la participation et l'implication des personnes au niveau individuel (leur projet) et collectif (au sein des CVS par exemple), de même que de la rendre compréhensible aux personnes ne maîtrisant pas la langue française, par le biais de la traduction des documents institutionnels en Facile à Lire et à Comprendre⁶² (règlement de fonctionnement, contrat de séjour, livret d'accueil, etc.), par l'utilisation de pictogrammes et supports visuels, par l'usage d'outils tels que Santé BD⁶³, etc.

En complément, la dotation ou la mutualisation de logiciels ou de services de traduction est préconisée, et ce, afin de faciliter l'accompagnement, tant sur le volet social que médical et paramédical (réalisation d'un diagnostic définitif plus fiable dans un délai plus court, explication des démarches administratives, etc.).

- **Réaliser des enquêtes de satisfaction** : constitutives de leviers pour l'amélioration continue de la qualité du dispositif pendant et à l'issue du séjour, elles participeraient également d'une progression du statut pour la personne, en cheminant d'une position « d'exclu » à celle d'un citoyen auquel on demande son avis.
- **Mettre en place un « parrainage » entre les personnes accueillies** : ces parrains occuperont un rôle clé, notamment lors de l'accueil d'une nouvelle personne (visite des locaux, réponses aux questions, etc.) en comprenant et anticipant plus facilement certaines appréhensions. Au-delà de valoriser et de mettre en œuvre la participation des personnes en leur donnant une place de pair-aidant, ce système de parrainage devrait faciliter l'intégration d'une nouvelle personne au sein du LHSS en trouvant plus aisément ses repères et favoriser son adhésion au projet global d'accompagnement.
- **Développer des associations (de type GEM⁶⁴) ou inciter les personnes à y participer lorsqu'elles sont à proximité géographique** : l'objectif est de contribuer à rompre leur isolement, de reprendre une place de citoyen dans la cité, en renouant un lien social, en construisant des projets et en participant à des temps conviviaux ou à des activités.

⁶² Démarche conçue et développée avec et par les personnes handicapées intellectuelles, le « Facile à Lire et à Comprendre » vise à promouvoir un ensemble de règles pour faciliter la compréhension de la communication écrite et audio-visuelle.

⁶³ Développés par CoActis-Santé, les outils numériques SantéBD sont disponibles à l'origine pour les personnes déficientes intellectuelles, mais utiles au-delà pour toute personne ayant des problèmes de compréhension, afin de mieux appréhender des consultations médicales parfois anxiogènes. Ces supports peuvent aussi constituer un appui intéressant pour les professionnels de santé et les professionnels éducatifs pour préparer au mieux la personne aux rendez-vous médicaux. L'objectif est de faciliter la préparation de ces consultations et de créer un véritable dialogue patient - professionnel au cours du rendez-vous permettant ainsi un meilleur suivi médical dans le temps.

A noter que Co-Actis Santé développe actuellement un site internet « HandiConnect » : site ressources pour les professionnels de santé sur l'accueil et le suivi médical des personnes en situation de handicap et qu'il serait intéressant d'envisager un prolongement avec des ressources concernant les besoins des personnes en difficultés sociales.

⁶⁴ Gérés par et pour les personnes en situation de handicap, auxquels participent de plus des personnes en difficultés sociales, les GEM sont des lieux de rencontres et de partage d'activités, où elles participent à leur rythme au fonctionnement.

- **La suite du parcours (post LHSS)**

- **Faciliter l'accès et le maintien en logement autonome** : il s'agit de développer les offres de type SAMSAH, SAVS, CMP, EMPP, AVDL et IML, pour venir étayer la sortie du LHSS vers un logement autonome souhaité par de nombreuses personnes et que les professionnels recommandent pour un certain nombre.
- **Mettre en place un référent logement** : ce professionnel « expert » de cette question peut être mutualisé avec d'autres structures (CHRS, etc.) sur un même territoire, avec pour mission principale l'accompagnement de la personne dans toutes les étapes vers le logement, dès le départ du séjour en LHSS en élaborant le projet, en passant par la recherche (montage de dossiers, visites, etc.), à l'accès, puis au maintien dans le logement. Des actions collectives d'information et de sensibilisation aux problématiques de logement auprès des personnes accueillies pourraient être également mises en place par ce référent : hygiène dans l'habitat, le fonctionnement du logement social, les relations de voisinage, etc.⁶⁵
- **Développer l'offre de maisons relais ou résidences accueil et adapter les EHPAD** : les maisons relais ou résidences accueil destinées à des personnes souvent fortement désocialisées constituent une offre ayant fait ses preuves dans de nombreuses études. La poursuite de son développement en Bourgogne-Franche-Comté est recommandée et sollicitée par les professionnels, y compris à destination des publics précaires vieillissants pour les personnes en capacité d'intégrer ces dispositifs. Pour les autres, un travail d'adaptation de l'accueil et de l'accompagnement proposé en EHPAD est essentiel pour permettre aux personnes en situation de précarité de bénéficier aussi de cette offre (formation des professionnels et travail sur les représentations, les horaires de repas, la liberté d'aller et venir, les apports de la multi-culturalité, de la mixité des publics, etc.).
- **Organiser une visite des lieux de sorties envisagées avec la personne** : accompagner systématiquement la personne sur le lieu de vie envisagé à sa sortie permettrait de vérifier l'adéquation avec ses attentes et de la rassurer en rencontrant les professionnels qui l'accompagneront et ses futurs « co-résidents ».

Ainsi, en référence à ces préconisations se rattachant au fonctionnement des LHSS, la partie suivante permet de compléter la projection du déploiement de l'offre en termes de besoins en places et d'autres recommandations complémentaires.

⁶⁵ Voir l'expérience de la fondation Maison des Champs, association gestionnaire d'ACT en Ile de France : <https://fmdc.puzl.com/act>

6. PROJECTION TERRITORIALISEE DES BESOINS EN LHSS, D'UNE OFFRE INTERDEPENDANTE ET PROPOSITIONS COMPLEMENTAIRES

Au regard de l'ensemble des éléments exposés précédemment, une projection du déploiement de l'offre LHSS peut être estimée quantitativement, tout en tenant compte des facteurs de réussite détaillés ci-dessus sur un plan qualitatif. L'offre des LHSS étant souvent discutée au regard de celles complémentaires en LAM et ACT, la présente partie soumet donc quelques recommandations quant aux besoins quantitatifs de développement de cette offre complémentaire.

6.1 Projection territorialisée de l'offre LHSS et d'une offre interdépendante

Précisons avant tout que l'évaluation des besoins de création de places LHSS est complexe pour deux raisons principales.

Le besoin évolue en permanence, et de manière conséquente, car il peut dépendre :

- de l'évolution des politiques d'immigration et d'asile d'une part : à titre d'exemple, le nombre de demandes d'admission en LHSS est impacté par les pics migratoires mais aussi par la politique d'accueil de migrants de la ville où est implanté le LHSS ou du démantèlement de squats d'agglomérations voisines
- de l'offre sanitaire : le nombre de demandes d'admission en LHSS est impacté par l'engorgement des lits à l'hôpital, notamment lorsque qu'un établissement de santé ferme ou encore si une telle structure est délocalisée sur un autre territoire que celui du LHSS.

Par ailleurs, rappelons qu'un avis médical est indispensable à l'évaluation du besoin d'admission, compétence médicale non détenue par les personnes en charge de la partie évaluative de la conduite de cette étude.

Enfin, notons aussi que dans le cas précis, l'absence de réponse des PASS à l'enquête et lors des rencontres territoriales n'a pas permis de recueillir leur point de vue sur les besoins en LHSS, or ces équipes seraient, selon nous, les mieux à même de contribuer à les évaluer, tout comme pour estimer le besoin en LAM. Il semble donc important que l'ARS et la DRDJSCS disposent, en complément de ce rapport, des données émanant des PASS quant à l'évaluation des besoins en santé des personnes en situation de précarité qui relèveraient d'une place en LHSS. Dans ce contexte, il serait également intéressant d'organiser une concertation avec, *a minima*, les LHSS, LAM et PASS en vue de l'amélioration des orientations. Précisons que d'autres recommandations complémentaires sont formulées dans la partie suivante du rapport.

Ainsi, en tenant compte de ces précautions évaluatives, le tableau suivant synthétise la compilation des besoins issus de l'analyse de l'enquête auprès des acteurs de l'AHI et des rencontres avec ces derniers. Précisons que compte tenu des données partielles recueillies auprès des acteurs de l'AHI dans le fichier d'enquête et lors des rencontres territoriales, la projection faite ici constitue celle *a minima*. Elle est également faite en sus des places LHSS en cours de création dans le Jura, la Haute Saône, la Nièvre et l'Yonne ; de celles des LAM en Saône et Loire et de celles des ACT « Un chez soi d'abord ».

Cette projection a été réalisée en analysant et en comptabilisant de manière comparée pour chaque territoire :

- les besoins exprimés par les LHSS eux-mêmes lors de nos entretiens, complétés de la prise en compte de la teneur des listes d'attente de chaque LHSS déjà existant et des refus d'admission faute de places en 2017
- les besoins exprimés par les acteurs de l'AHI lors des rencontres territoriales (et dans de rares cas des professionnels du secteur sanitaire)
- les données de l'enquête auprès des acteurs de l'AHI.

Précisons sur ce volet d'enquête AHI que sur les 80 réponses renseignées, ont été isolées les situations où aucun problème de santé n'était identifié ou spécifié, ou lorsque le problème identifié était uniquement une addiction, soit 53 réponses exploitables de 12 dispositifs (27 personnes dans le Doubs sur 3 dispositifs de Besançon, 3 de Pontarlier et 2 de Montbéliard ; 8 personnes en Haute-Saône de 2 dispositifs, l'un à Vesoul, l'autre à Lure ; 18 personnes dans le Jura de 2 dispositifs, l'un à Dole, l'autre à Salins les Bains). Dans seulement 4 cas, la réponse souhaitée par les personnes était un LHSS et dans seulement 6 cas, elle était la réponse souhaitable selon les professionnels. Ces données ont donc été prises en compte dans le chiffrage de la projection ci-dessous. Mais l'enquête consistant à repérer, parmi les personnes en hébergement d'urgence ou stabilisation, en abri de nuit ou accompagnées par une maraude, celles dont la situation correspondrait à un besoin en place en LHSS, et compte tenu des biais possibles évoqués dans la partie 3.3, les autres cas pour qui la sortie souhaitable n'est pas exprimée vers un LHSS ont malgré tout aussi été pris en considération pour spécifier les territoires où une évaluation plus approfondie devrait être conduite pour estimer les besoins en places. Il en va de même pour les territoires non répondants ou ceux qui n'étaient en mesure de répondre à l'enquête.

PROJECTION A MINIMA DES BESOINS DE PLACES EN LHSS, EN LAM ET ACT

TERRITOIRES	COTE D'OR		DOUBS		JURA	HAUTE SAONE	NIEVRE	SAONE ET LOIRE		TERRITOIRE DE BELFORT	YONNE	
	NORD-EST	SUD-OUEST	NORD & OUEST	SUD-EST	SUD-EST		NORD	EST	OUEST	CENTRE	NORD	SUD
LHSS <i>(les places indiquées en bleu concernent des territoires non couverts en 2018)</i>	2 places à Semur en Auxois* 2 places à Chatillon sur Seine*	2 places à Beaune*	4 places à Besançon	4 places à Pontarlier 2 places à Morteau*	2 places St Claude*	2 places à Héricourt / Lure*	2 places à Clamecy*	2 places à Macon	6 places au Creusot ou une répartition sur Autun, Bourbon Lancy, Paray le Monial*	2 places à Belfort*	10 places adaptables (LHSS / LAM / SSR / ...)	10 places adaptables (LHSS / LAM / SSR / ...)
LAM	*	12 places à Dijon	6 places à Besançon 2 places à Montbéliard	2 places à Pontarlier	-	-	-	3 places à Macon	Couverture par les 20 places créées à Montceau les Mines	*		
ACT	*	<i>Couverture en partie par l'offre en cours de création en 2018 « ACT Un chez soi d'abord »⁶⁶</i>	<i>Couverture en partie par l'offre expérimentale en cours de création en 2018 « ACT Un chez soi d'abord »</i>	2 places à Pontarlier*	-	-	-	<i>Couverture par les 10 places à St Rémy*</i>	4 places à l'ouest du département	4 places à Belfort*	-	-
BESOINS COMPLEMENTAIRES	Augmentation des capacités d'accueil en CMP (Centre Médico Psychologique) et des suivis par les EMPP (Equipe Mobile Psychiatrie Précarité) sur l'ensemble des territoires, notamment sur la Saône et Loire, le sud du Doubs, la Haute Saône, le Territoire de Belfort, la Nièvre.											

*Les projections marquées d'une * nécessitent une évaluation plus approfondie avec les services hospitaliers territoriaux et plus globalement de l'ensemble du département pour le Jura*

⁶⁶ Ce dispositif « a pour objet exclusif de permettre à des personnes majeures, durablement sans-abri et atteintes d'une ou de pathologies mentales sévères : d'accéder sans délai, suite à leur intégration dans le dispositif, à un logement en location ou en sous-location et de s'y maintenir ; de développer leur accès aux droits et à des soins efficients, leur autonomie et leur intégration sociale. » - Décret n° 2016-1940 du 28 décembre 2016

En complément de ces données, rappelons que Marianne CORNU-PAUCHET, dans son rapport sur l'accès aux droits et aux soins des personnes en situation de précarité, mentionné en introduction, préconise dans sa proposition n°29 « *d'augmenter significativement le nombre de places disponibles en LAM, LHSS et ACT* ». Elle précise que « *la stratégie nationale de lutte contre la pauvreté envisage un objectif correspondant à des besoins exprimés par les ARS à l'horizon 2021 de 750 LHSS et 700 LAM à créer pour atteindre un niveau d'équipement satisfaisant, mais cela suppose une répartition géographique harmonisée. [...] De même, l'offre d'ACT initialement conçue pour accueillir les personnes atteintes du VIH et désormais plus largement dédiée aux pathologies chroniques sévères (cancers, hépatites chroniques évolutives, maladies cardio-vasculaires, diabète) doit être étendue. Compte tenu des besoins non satisfaits, le nombre de places à créer d'ici 2022 est estimé à 600* »⁶⁷.

Ainsi, même si certaines des projections faites ici nécessitent une évaluation plus approfondie avec les professionnels hospitaliers, elles témoignent bien de l'impératif d'un déploiement géographique harmonisé sur l'ensemble de la Bourgogne-Franche-Comté.

6.2 Point de vigilance et propositions en faveur du déploiement

Au-delà de la projection précédente, les échanges avec les acteurs mettent en relief un point de vigilance essentiel quant à la territorialisation de l'offre. Il apparaît en effet que le déploiement des places LHSS doit répondre à une certaine dispersion sur les départements compte-tenu des bassins de vie et d'ancrage des personnes sans domicile fixe pour qui le territoire constitue souvent le dernier repère essentiel à respecter. Et ce, d'autant plus dans des situations de santé somatiques et psychiques déjà éprouvées où le déracinement ne constitue alors qu'un facteur de risque supplémentaire dans la non adhésion de la personne à un projet d'accompagnement en santé et social. Ceci étant, cette ventilation d'un faible nombre de places sur des territoires diffus soulève une réelle problématique dans le déploiement de l'offre car elle impose aux éventuels porteurs de projets de mobiliser des ressources administratives, sociales et sanitaires trop importantes au regard du nombre de places en jeu (2 parfois). Il existe un effet de seuil pouvant résigner les acteurs du territoire à répondre à des appels d'offres trop restreints portés par l'ARS et expliquant ainsi pourquoi il n'y a parfois aucune réponse à ces derniers.

Dans ce contexte, des portages conjoints entre structures de l'AHJ et hôpitaux de proximité pourraient être mis à l'étude pour analyser si une mutualisation des moyens humains (professionnels médicaux, paramédicaux et travailleurs sociaux) autour d'une équipe LHSS permettrait la création de quelques places dispersées sur les territoires avec des charges mieux rentabilisées. Cette réflexion pourrait s'inscrire dans le cadre des travaux participatifs lancés en 2019 par Agnès Buzyn sur la définition des hôpitaux de proximité.

Par ailleurs, au-delà des besoins de création de places ou développement des capacités d'accueil vus précédemment, le portage de dispositifs d'accès aux soins et d'accompagnement social des personnes sans domicile fixe pourrait être envisagé à travers des places modulables. Il s'agirait non pas de créer un nombre fixe de places LHSS, LAM, SSR, ACT, mais de disposer de places adaptables en continu autour d'une équipe médicale, paramédicale et de travailleurs sociaux, mobilisée selon les besoins individuels des personnes et permettant ainsi une souplesse dans les possibilités d'accueils et de parcours.

⁶⁷ En 2013, selon le bilan annuel des ACT, il existait 2 000 places d'ACT en France avec un taux de refus à l'entrée de 90 %.

Dès lors, si une politique de déploiement territorialisée est soutenue, il conviendrait de ne pas fermer, délocaliser, centraliser ou refuser la création de postes ou dispositifs dont les LHSS ont besoin, comme cela a pu être préalablement le cas par d'exemple au travers des situations suivantes :

- la non reconduction des crédits pour le poste de psychologue au sein de l'association Solidarité Femmes du Territoire de Belfort
- le refus de crédit sur ce même type de poste au LHSS de Pontarlier
- la fermeture de l'unité d'addictologie au CHS d'Auxerre faute de médecin remplaçant et la perspective d'une réouverture en accueil de jour qui ne permettra de répondre aux mêmes demandes
- le regroupement des activités des établissements de Belfort et Montbéliard au sein de l'hôpital Nord Franche-Comté à Trevenans éloignant ainsi des deux agglomérations les services médicaux
- la centralisation des places ACT « Un chez soi d'abord » sur Dijon Métropole et Besançon
- ou encore la concentration des places de LAM uniquement sur Montceau les Mines.

Il s'agit d'autant de freins vis-à-vis d'un ancrage territorial des réponses et d'un développement de partenariats, pourtant indispensables à un accompagnement adapté des personnes sans domicile fixe.

En outre, de nombreux SIAO témoignent de difficultés pour évaluer les situations médicales et psychiques des personnes considérées en commission. Elles font référence à un « *ping pong* » entre le secteur social et médico-social quant à certaines situations traitées et certains indiquent qu'il devient nécessaire de généraliser la présence d'un référent santé en leur sein, doté de connaissances spécifiques sur les problématiques de santé. Il pourrait s'agir d'un professionnel de santé dédié à temps partiel à cette commission qui pourrait alors orienter les personnes vers une place LHSS, entre autres. Une fiche de liaison ad-hoc remplie par les centres hospitaliers (dans les cas où les situations en sont issues), comme celle créée par le service social du CHU de Dijon, pourrait en outre être mise en place à destination de ce référent santé afin qu'il dispose des éléments nécessaires à la mise en discussion de la situation en commission. Ce référent santé pourrait également faire le lien avec les travailleurs sociaux de la commission, les LHSS, les EMPP, l'HAD, etc., pour fluidifier les parcours en fonction des besoins des personnes.

Une commission SIAO pour les cas spécifiques, à l'interface du social et médico-social, pourrait aussi constituer une solution, en présence de l'ARS, de la MDPH et de la DDCSPP du territoire. Spécifions que la possibilité donnée par la loi ELAN du 23 novembre 2018⁶⁸ de prévoir désormais des SIAO à dimension interdépartementale peut constituer un espace de réflexion et de discussion pour envisager ces différentes évolutions.

Par ailleurs, l'offre de LHSS pourrait utilement figurer dans l'outil ViaTrajectoire afin que les acteurs du médico-social aient connaissance *a minima* des places disponibles. Cela laisse entier le problème de l'accès à ces informations pour les structures de l'AHJ ne portant pas de dispositifs médico-sociaux mais cela permettrait au moins de mettre en partage les informations sur les places en commission SIAO.

⁶⁸ Loi n°2018-1021 du 23 novembre 2018 portant évolution du logement, de l'aménagement et du numérique (ELAN) et circulaire du 21 décembre 2018 de présentation des dispositions d'application immédiate de la loi.

Concernant ces procédures d'orientation dans le secteur social et médico-social, comme échangé avec l'un des chefs de service rencontré dans un CHRS, il s'agirait aussi non plus d'orienter systématiquement les personnes en fonction de leurs problématiques mais en fonction de leurs capacités d'action. Ce changement de paradigme permettrait une avancée majeure dans la lecture du parcours et des situations des personnes et, de fait, dans la proposition d'une orientation prenant appui sur ses potentialités et non sur ses freins et favoriser dès lors l'adhésion de la personne aux projets proposés.

Notons aussi que la possibilité offerte par l'article 175 de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ouvrant la possibilité pour les professionnels paramédicaux d'exercer en pratiques avancées, notamment pour les infirmiers, sous réserve du suivi d'une formation complémentaire, constitue une perspective pouvant potentiellement améliorer l'accès aux soins ainsi que la qualité des parcours des personnes en situation de vulnérabilité. Les domaines d'intervention portent certes sur des pathologies chroniques stabilisées, la prévention et les poly-pathologies courantes en soins primaires, l'oncologie et l'hémo-oncologie, la maladie rénale chronique, dialyse, transplantation rénal, ne constituant pas le cœur du public cible des LHSS mais, pour autant, nous avons pu constater que les premières des situations étaient fréquentes en LHSS. Dès lors, les équipes des LHSS pourraient utilement être soutenues par l'ARS pour disposer ou former le personnel infirmier en pratique avancée, notamment sur les pathologies de type diabète, insuffisance respiratoire, voire oncologie. Cela leur permettrait de procéder à certains actes relevant du champ médical et de réduire la charge de travail des médecins sur certaines pathologies compte-tenu des carences de ces professionnels sur plusieurs territoires.

En complément, il s'agit aussi de développer une offre de médecins traitants, de médecins spécialistes, professionnels paramédicaux (psychiatre, ostéopathe, etc.) sur les territoires, en mettant en œuvre, entre autres, les dispositions annoncées par Agnès BUZIN sur les grandes priorités 2019. Elles portent notamment sur le recrutement de 400 médecins généralistes salariés dans les territoires prioritaires (même si ce déploiement semble encore très en deçà des besoins)⁶⁹. La Ministre de la Santé a également annoncé pour 2019 l'extension de l'exercice de médecin adjoint dans les zones à faible densité médicale en vue de pallier aux carences. Ce dispositif consiste à autoriser des étudiants, ayant validé leur cursus de troisième cycle de médecine et en possession d'une licence de remplacement, à être affectés en tant qu'adjoints auprès de médecins généralistes.

Néanmoins, il est essentiel aussi de mettre fin aux pratiques de refus de soins (impactant particulièrement le public concerné par les LHSS) en donnant réellement accès aux soins à tous et en appliquant les préconisations de la fiche pratique à destination des professionnels de santé sur le refus de soins, publiée récemment par le Défenseur des Droits⁷⁰.

En outre, au même titre qu'il existe des maraudes pour faire le lien entre les personnes sans abri et une orientation vers le 115, ou des agents de santé pour faire le lien entre le domicile d'une personne et l'orientation vers le soin (notamment en Saône et Loire), il pourrait être développé des « médiateurs santé », potentiellement rattachés aux LHSS, pour fluidifier les liens entre la rue et les LHSS ou LAM, mais aussi entre les hôpitaux et structures sociales et médico-sociales.

⁶⁹ Pour exemple, le nombre de personnes sans médecin traitant à Macon est estimé à 5 000 selon l'un des médecins rencontrés sur le territoire.

⁷⁰ Lien : <https://www.defenseurdesdroits.fr/fr/fiches-thematiques/fiche-pratique-les-refus-de-soins>

Cela conduit donc à s'interroger sur la place des LHSS et de ces médiateurs, dans la réduction des risques au sens large, c'est-à-dire au regard de la place qu'ils pourraient occuper pour contribuer à limiter les risques et les dommages sanitaires et sociaux pour la population sans domicile fixe.

Une réflexion en ce sens contribuerait :

- à donner une assise plus forte aux LHSS dans le paysage social, médico-social et sanitaire en tant qu'interface sur les risques couplés en santé et social pour les personnes sans domicile fixe
- à améliorer le portage de la mission d'éducation thérapeutique des LHSS (apparue dans cette étude comme réalisée de manière parcellaire).

Cela pourrait prendre la forme de « maraudes communes santé / social » comme cela émerge sur certains territoires entre des équipes sanitaires et le Samu social⁷¹.

Plus globalement, les équipes des LHSS sont fortement en demande et en attente d'éclaircissements de la part de l'ARS sur des particularités administratives liées à l'accompagnement des personnes :

- les règles d'utilisation du prix de journée ou de la couverture santé de la personne en référence à des frais médicaux conséquents
- la clarification des situations de santé pouvant être admises en LHSS
- la définition d'un correspondant ARS direct pour traiter conjointement des situations de santé graves ou complexes au-delà, par exemple, des seuls cas de gale.

En complément, elles sont demandeuses d'un rapprochement avec l'ensemble des autorités compétentes dans le secteur social, médico-social, sanitaire, et de la sécurité intérieure, à savoir l'ARS, la DRDJSCS, les DDCSPP, mais aussi les Préfectures, sur des temps conjoints, pour faciliter les échanges. Il s'agit par exemple de clarifier, dans les situations de non droits, ce qu'il est possible de mettre en œuvre dans le cadre de la loi (par exemple en référence à la protection des personnes sous OQTF⁷² admises en LHSS, notamment relativement à la question de la domiciliation⁷³). Comme nous le verrons dans la conclusion suivante, nous préconisons dès lors que des temps d'échanges entre les LHSS et les Administrations sus mentionnées soient mis en place, dès cette année, avec une programmation semestrielle après avoir fixé conjointement les sujets à travailler ensemble.

⁷¹ A Angers, l'équipe du Samu social est composée de travailleurs sociaux et d'infirmiers en psychiatrie détachés de l'EMPP du centre hospitalier.

⁷² Obligation de Quitter le Territoire Français

⁷³ La domiciliation permet aux personnes SDF d'avoir une adresse postale mais, pour celles en situation irrégulière sur le territoire elles craignent dès lors d'être repérées par les préfectures. Cela vient selon nous en contradiction du droit universel à la santé rappelé dans l'instruction du 10 juillet 2018 relative à la mise en place du parcours de santé des migrants primo arrivants spécifiant : « *En France, tous les étrangers, quelle que soit leur situation au regard du séjour, ont droit à la santé* ». Notons par ailleurs que des associations aux côtés de la Fédération des Acteurs de la Solidarité avaient proposé un amendement au projet de loi de finances pour 2019, pour un budget dédié à la gestion de ces domiciliations (service porté par les CCAS ou par des associations ayant obtenu un agrément en ce sens) au regard des coûts des locaux à mettre à disposition, des moyens humains pour le traitement des courriers, mais aussi de l'accompagnement social nécessaires. L'amendement a été rejeté mais devait être en principe porté devant le Sénat, en 2019, par Jacqueline Gourault, Ministre de la cohésion des territoires et des relations avec les collectivités territoriales.

CONCLUSION ET SYNTHÈSE DES PRECONISATIONS

L'analyse conduite dans le cadre de ce travail d'étude renforce, s'il en était encore nécessaire, le principe essentiel de la démarche d'« aller vers » les populations vulnérables compte tenu de leurs caractéristiques les désocialisant des « normes » de prise en charge sanitaires et médico-sociales⁷⁴. Nous entendons en effet cette démarche comme un processus global ne faisant pas seulement référence à un « aller vers » dans le sens physique du terme, mais aussi dans son acception d'une dimension relationnelle visant le « prendre soin ». Ce principe a encore été rappelé dans le rapport de Marianne CORNU-PAUCHET comme un objectif visé dans les propositions formulées en faveur de l'accès aux droits et aux soins des personnes en situation de précarité : *« Ces populations vulnérables ont souvent perdu confiance dans le système de soin et / ou ne sont pas assez accompagnées vers le soin par leur environnement. De plus, le rapport à leur corps est souvent altéré et « l'entretien » ou le suivi de leur santé n'est en conséquence pas une priorité pour elles. Il est donc, dans bien des cas, illusoire de penser que la personne ira d'elle-même vers le soin et s'intéressera à sa santé si elle n'est pas accompagnée. De surcroît, une partie des populations concernées éprouve des difficultés à mener des démarches administratives complexes. Il faut donc changer de paradigme : inverser le fonctionnement du modèle de santé en généralisant la démarche de l'«aller-vers», de manière à ce que « le droit, le soin et la prévention aillent à la personne » et non plus l'inverse. »* Même si nous pouvons nous étonner que ces préconisations doivent être réaffirmées en 2019, nous pouvons constater que les LHSS font partie des dispositifs s'inscrivant dans cette démarche du « aller vers » en mettant en place les ressources nécessaires pour rapprocher les personnes sans domicile fixe du soin et du prendre soin.

Ceci étant, pour améliorer et déployer au long cours et de façon adaptée l'accompagnement dans un projet de soin du public cible, il est indispensable d'appliquer, aussi, de manière généralisée et inconditionnelle, ce principe de « l'aller vers », entre les professionnels des secteurs social, médico-social et sanitaire. Pour ce faire, il est nécessaire de mobiliser les moyens financiers en conséquence. Nous avons pu constater que le travail relevant du développement interne et/ou partenarial en faveur du soin, du prendre soin et de l'accompagnement social ne peut se faire que sur la base du principe de mutualisation avec les autres services de la structure porteuse. Or, cela peut orienter les prestations d'accompagnement des différents LHSS sur les territoires selon la culture plutôt sociale, médico-sociale ou sanitaire de la dite structure porteuse et les dotations dont elle dispose et avoir pour conséquence une iniquité, ou tout du moins une différence de prestation parfois justifiée mais parfois non, dans l'offre territoriale des LHSS.

D'autre part, le prix de journée en LHSS, même s'il est considéré comme « convenable » de la part des professionnels rencontrés pour assurer les missions primaires, ne permet pas de dédier des moyens humains et financiers indispensables et suffisants au déploiement partenarial que les équipes des LHSS doivent mettre en place, voire inventer, pour répondre à la diversité et à la multitude de besoins des personnes accompagnées. Et ce d'autant plus que certains résidents de LHSS, du fait de la complexité de leurs situations nécessiteraient d'avoir recours à la majoration du financement de prise en charge pour assurer les soins, comme c'est le cas pour certains praticiens libéraux (chirurgiens-dentistes) ou selon certaines dispositions à l'hôpital⁷⁵.

⁷⁴ Cette démarche prend sa source dans la politique de secteur de la psychiatrie notamment, au travers de la création, entre autres, des CMP dès 1960 représentant par l'ouverture de leurs consultations en dehors de l'hôpital le premier pas vers des populations ayant des difficultés à accéder à certains soins.

⁷⁵ Il existe une « MIG précarité » et une « MIG PASS » (Mission d'Intérêt Général) à l'hôpital seulement, permettant de valoriser le financement du temps et de la complexité des prises en charge, la 1^{ère} étant activée lorsque l'établissement a plus de 13%

Et quand bien même les ressources sont externes aux LHSS, l'effectivité et l'efficacité des réponses apportées par le biais de partenariats ont un coût conséquent pour les LHSS car ils en sont souvent à l'initiative. Ils mobilisent du temps pour leur mise en œuvre, leur adaptation, leur coordination. Ces coûts sont d'autant plus conséquents pour les LHSS où apparaissent des besoins spécifiques parfois préalablement méconnus des structures porteuses (par exemple pour la mise en place d'une HAD, le recours à un SAMSAH en vue d'une sortie en logement ordinaire, le montage d'un dossier MDPH, etc.).

Pour résumer, et donc au-delà de la mutualisation préconisée de moyens entre structures, le soutien financier visant l'interconnaissance et la consolidation d'un travail pluridisciplinaire entre les différents professionnels des établissements et services des secteurs social, médico-social et sanitaire, constitue l'une des clés pour l'amélioration des accompagnements par les LHSS. Cela permettrait de favoriser la coordination et la fluidité des parcours ayant été antérieurement déjà bien trop écorchés pour ne pas devoir subir, de surcroît, les conséquences du défaut des interconnaissances entre les acteurs. La reconnaissance de l'indispensabilité de ce travail partenarial doit donc passer par une revalorisation, de la part de l'ARS, des prix de journées des LHSS, en sus des recommandations qui ont été faites préalablement sur la révision de ce dernier.

Les travaux conduits ont aussi mis en exergue des pratiques, des organisations, des initiatives et des partenariats, mis en place par les LHSS, forts intéressants pour apporter des solutions à des problématiques souvent complexes et que les uns et les autres pourront donc consulter dans ce rapport. Tous ces projets restent malheureusement souvent portés à la seule connaissance de ceux qui y sont associés alors même qu'ils constitueraient potentiellement une réelle plus-value pour répondre aux besoins d'autres LHSS. Une mise en réseau à l'échelon régional des LHSS permettrait donc de gagner en échanges de pratiques sur des problématiques partagées et de tirer profit des expériences des uns au bénéfice des autres. Plusieurs LHSS paraissent favorables à cette démarche sous réserve de ses modalités d'organisation (structuration, lieux, durées, etc.).

Ainsi, au même titre que nous avons fait part de leur attente d'un rapprochement avec l'ensemble des autorités compétentes dans leur champ d'activité, cette organisation en réseau pourrait être soutenue et/ou coordonnée par l'ARS et la DRDJSCS. Le point de départ pourrait être l'organisation d'un premier temps de travail avec l'ensemble des LHSS et quelques-unes des personnes accompagnées autour de la restitution des travaux de cette étude en définissant ensuite en commun les modalités de poursuite de l'organisation de ce réseau et les thèmes de travail à explorer, par exemple :

- la place et l'organisation des LHSS dans la prise en charge des pathologies psychiatriques et dans l'accompagnement aux problématiques de santé mentale
- les représentations de l'isolement des personnes et les démarches mises en œuvre en faveur d'une (re)socialisation
- la spécification des besoins de territorialisation de l'offre en vue de la prochaine campagne budgétaire

de séjours précaires ou prend en charge plus de 7 000 séjours / an. Ceci étant, le nombre de séjours précaires est déterminé à partir de l'information sur le type de couverture maladie des personnes (CMU-C, AME, ACS, etc.) or le non recours aux droits est massif pour ce public cible. Il est donc aussi essentiel, en parallèle, de revoir les modalités d'identification « administrative » de ce public cible.

- la mise en œuvre, l'organisation et la coordination de temps de travail avec les autorités compétentes
- la participation à la construction du parcours santé des migrants primo arrivants avec l'ARS⁷⁶ offrant des perspectives intéressantes dans l'amélioration de services à l'égard de cette population⁷⁷
- etc.

Compte tenu de l'adossement des LHSS généralement à des CHRS, l'ensemble des évolutions envisagées devront en outre tenir compte du fait que la loi ELAN susmentionnée vient impacter le champ de ces structures, qui devront désormais signer des CPOM⁷⁸ avec le Préfet de Région et dont les autorisations et habilitations à l'aide sociale seront conditionnées aux objectifs des PDALHPD. Le schéma régional des demandeurs d'asile mais aussi le programme régional relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies seront aussi désormais annexés à ces plans. Dans un contexte où les frontières entre secteurs social et médico-social évoluent, une attention particulière sera donc de mise sur la place des LHSS dans ce paysage puisqu'ils se situent exactement à l'interface.

A l'issue de l'ensemble des travaux conduits, nous pouvons ainsi synthétiser les préconisations formulées quant au déploiement de l'offre selon les 5 grandes catégories suivantes :

⁷⁶ Instruction N°DGS/SP1/DGOS/SDR4/DSS/SD2/DGCS/2018/143 du 8 juin 2018 relative à la mise en place du parcours de santé des primo arrivants : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2018/07/cir_43755.pdf

⁷⁷ Par exemple, la création de cartographies des structures médicales, médico-sociales, et autres services mobilisés pour la prise en charge des personnes précaires et des migrants ; l'ouverture d'un espace partagé d'outils et documents de références entre l'ARS et les professionnels ; la formation des psychiatres et psychologues à la prise en charge du psycho-traumatisme ; le développement d'une formation nationale aux 1ers secours en santé mentale ; la diffusion des référentiels de compétences, formation et bonnes pratiques de la HAS sur l'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé ou la médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins.

⁷⁸ Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

INFORMATION, COMMUNICATION, SENSIBILISATION, ORIENTATION

- Clarifier, entre l'ARS et les LHSS, à l'égard des équipes et des partenaires, la typologie du public accueilli en LHSS, notamment concernant l'état de santé et la situation de sans domicile fixe, tout en conservant la souplesse dans la définition des situations des personnes pouvant y être admises
- Supprimer la mention de la durée de séjour dans le cahier des charges des LHSS
- Rendre lisible l'offre des dispositifs médico-sociaux pour les publics en situation de précarité, dont les LHSS, auprès de l'ensemble des acteurs du sanitaire, social et médico-social du territoire et sur l'offre de logement autonome et/ou accompagné
- Créer, dans chaque SIAO, une commission de traitement des situations spécifiques à l'interface du social, médico-social et sanitaire pour aboutir à des préconisations concertées en terme d'orientation/demandes d'admission
- Renseigner les informations sur les LHSS dans ViaTrajectoire et mettre en place un dossier unique d'admission en LHSS
- Accompagner les professionnels de santé à exercer avec une posture et une attention adaptée dans leurs pratiques, dans le sens de la tolérance et de la bienveillance (appelée communément « fibre sociale »)

FONCTIONNEMENT, ROLE ET FORMATION DES LHSS

- Améliorer les conditions d'accueil et définir un socle commun minimal de règles de fonctionnement au regard des droits et libertés des personnes accompagnées en LHSS
- Rendre accessible l'information sur le fonctionnement des LHSS pour les personnes accompagnées
- Favoriser les postes d'IDE salariés au sein des LHSS
- Mutualiser des postes de psychologues
- Conduire une réflexion sur la concrétisation de la mission d'éducation thérapeutique des LHSS et la renforcer
- Conserver les liens avec les référents sociaux antérieurs de la personne, sous réserve de son accord
- Mettre en place une aide aux transports des personnes pour faciliter les démarches vers les soins, administratives et sociales
- Encourager la formation ciblée des équipes des LHSS (exemples : spécificités de l'accompagnement social et médico-social des personnes ayant des addictions et/ou des problématiques liées à la santé mentale)
- Organiser systématiquement des visites des lieux de sorties envisagées avec la personne

PARTICIPATION DES PERSONNES

- Mettre en œuvre des modalités opérantes de recueil de l'avis des personnes accompagnées en LHSS (questionnaires, réunions, etc.)
- Mettre en place un « parrainage » entre les personnes accueillies, notamment pour les nouveaux arrivants
- Développer des associations extérieures d'entraide entre pairs ou inciter les personnes à participer à celles existantes (exemple : GEM)

FINANCEMENT ET RELATIONS AVEC LES AUTORITES COMPETENTES

- Clarifier la nature de l'offre de soins relevant de la mobilisation du forfait jour ou de la couverture maladie de la personne et compléter le forfait jour des LHSS selon la couverture maladie des personnes à leur arrivée et les coûts inhérents à leur état de santé
- Faire évoluer le prix de journée des LHSS afin de leur permettre de réaliser l'ensemble des missions prévues dans le cahier des charges, notamment la mise en place d'actions en faveur d'une aide à la réalisation des actes de la vie quotidienne, le portage de la mission d'accompagnement social et la prise en compte des temps de construction et de déploiement des démarches partenariales
- Mettre en place des temps de travail partagés avec les autorités référentes : ARS, DRDJSCS, DDCSPP et Préfecture autour de la création d'un réseau régional des LHSS

DEPLOIEMENT DE L'OFFRE DE LHSS, DE L'OFFRE COMPLEMENTAIRE ET DES PERSPECTIVES DE SORTIES

- Déployer territorialement *a minima* 50 places de LHSS, 25 places de LAM, 10 places d'ACT, sur la base d'appels à projet supérieurs à 5 places
- Conduire une réflexion sur la création de places « modulables » pour l'accompagnement sanitaire et social des personnes en situation de précarité
- Sensibiliser les établissements de santé sur des portages conjoints
- Médicaliser l'ensemble des PASS et renforcer leurs équipes
- Maintenir et déployer une offre d'accès aux soins territorialisés (médecins généralistes, hôpitaux de proximité, service d'addictologie, CMP, etc.)
- Créer une offre de « médiateurs santé »
- Développer l'offre de maisons relais et résidences accueil
- Adapter le fonctionnement et les pratiques en EHPAD pour l'accueil de personnes sans domicile fixe
- Instaurer des « référents logement »

ANNEXES

ANNEXE 1 : CALENDRIER DE REALISATION DE L'ETUDE

VOLET	ACTION	PERIODE DE REALISATION
VOLET 1	<p>OBSERVATION DU FONCTIONNEMENT DES LHSS EN REFERENCE A LEURS MODALITES D'ORGANSIATION ET DE FONCTIONNEMENT ET AU PARCOURS DES PERSONNES ACCUEILLIES</p> <p>- Conception, validation avec le COTECH⁷⁹, envoi d'un questionnaire auprès des directeurs des LHSS, relances et analyse des données</p>	Mars à mai 2018
VOLET 2	<p>EVALUATION DES REPONSES APPORTEES PAR LES LHSS AUX BESOINS EN SANTE DES PERSONNES ACUEILLIES</p> <p>- Analyse des documents institutionnels des LHSS (projet de fonctionnement, rapport d'activité, conventions de partenariats, etc.)</p> <p>- Recueil de données qualitatives complémentaires disponibles dans les 6 LHSS au travers d'entretiens avec les équipes (directeurs, médecins, IDE, travailleurs sociaux, ...) et entretien avec des personnes accueillies en LHSS</p> <p><i>Macon : 6 juin ; Le Renouveau Dijon : 13 juin ; Montbéliard : 14 juin ; Besançon : 4 juillet ; Le Creusot : 9 juillet ; SDAT Dijon : 16 juillet ; Pontarlier : 17 juillet</i></p> <p>- Analyse croisées des questionnaires, des entretiens avec les équipes des LHSS et les personnes accueillies</p>	Mai à juillet 2018

⁷⁹ Constitution du COTECH : ARS, DRDJSCS, CREAM

VOLET	ACTION	PERIODE DE REALISATION
<p>VOLET 3</p>	<p>EVALUATION DES BESOINS EN SANTE DES PERSONNES EN SITUATION DE PRECARITE ACUEILLIES PAR LES ACTEURS DE LA PRISE EN CHARGE SOCIALE ET SANITAIRE DONT LES BESOINS RELEVRAIENT D'UNE PLACE EN LHSS (CHRS⁸⁰, HU, maraudes, PASS, abris de nuit)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conception, validation avec le COTECH, envoi d'un questionnaire à destination des acteurs de la prise en charge sociale et sanitaire (CHRS, HU, maraudes, PASS, abris de nuit), relances et analyse des données - Recueil des données qualitatives complémentaires auprès des acteurs dans chacun des 8 départements avec les membres des commissions SIAO ou lors de temps d'échanges dédiés organisés par les DDCSPP⁸¹ <p><i>Territoire de Belfort : 8 octobre ; Jura : 23 octobre ; Doubs : 16 novembre ; Côte d'or : 19 novembre ; Yonne : 22 novembre ; Haute Saône : 4 décembre ; Saône et Loire : 6 décembre ; Nièvre : 15 janvier 2019</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Recueil des données qualitatives complémentaires lors d'une réunion de coordination régionale des SIAO en présence des PASS⁸² et présentation des 1^{ers} éléments d'analyses de l'étude avec un support diaporama : <i>le 21 novembre</i> 	<p>Mars à mai 2018</p> <p>Octobre à décembre 2018</p>

⁸⁰ Etaient concernées par l'enquête les situations des personnes accueillies sur des places d'urgence et de stabilisation.

⁸¹ Ces réunions devaient se tenir à l'origine en lien avec les groupes de travail mis en place dans le cadre des PDALHPD mais, à défaut de l'opérationnalité de ces derniers sur certains territoires, les temps d'échanges avec le CREAI ont lieu en général directement en lien avec les commissions SIAO sur des durées de 45 min à 2h30.

⁸² Cette réunion croisée avec les SIAO et les PASS était organisée conjointement avec l'ARS et la DRDJSCS et permettait de produire une restitution intermédiaire à ces derniers.

VOLET	ACTION	PERIODE DE REALISATION
VOLET 4	<p>TERRITORIALISATION ET PRIORISATION DES BESOINS EN LHSS PAR BASSIN DE VIE PAR COMPARAISON DES DONNEES ET PERSPECTIVES D'EVOLUTIONS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Évaluation des réponses apportées sur les départements couverts par des LHSS (données issues des volets 1 et 2), afin de définir des pistes d'amélioration et/ou d'évolution de l'existant - Evaluation et priorisation des besoins en termes de LHSS sur les différents départements et bassins de vie (données issues du volet 3) 	Janvier 2019
Restitution finale	<ul style="list-style-type: none"> - Préparation de la restitution des travaux et rédaction du rapport - Restitution en COTECH : <i>le 13 février 2019</i> - Transmission du rapport final 	<p>Janvier 2019</p> <p>Février 2019</p>

ANNEXE 2 : LISTE DES PERSONNES RENCONTREES AU COURS DE L'ETUDE⁷⁹

TERRITOIRE	TYPE DE RENCONTRE ET STRUCTURE		FONCTION	
COTE D'OR	LHSS LE RENOUVEAU		Chef de service	
			IDE	
			Travailleur social	
			2 personnes accompagnées	
		LHSS SDAT LA MANUTENTION		Adjointe de direction
				Coordinatrice
			IDE	
			Médecin référent	
			Travailleuse sociale et éducative	
			2 personnes accompagnées	
	RENCONTRE TERRITORIALE	ADEFO/SIAO	Directrice adjointe	
		DDCSPP 21	Responsable Unité Insertion Sociale	
CHU F. MITTERRAND – service social		Cadre supérieure		
DDCSPP 21		Responsable Unité Maintien Logement		
DOUBS	LHSS CCAS BESANCON		Agent socio-éducatif	
			Chargé de gestion	
			Coordonnateur éducatif	
			IDE	
			Responsable Hébergement Logement Accompagné	
			3 personnes accompagnées	
	LHSS CCAS MONTBELIARD		Aide-soignante	
			CESF	
			Educateur spécialisé	
			IDE Cabinet libéral	
			Responsable secteur social CCAS	
			1 personne accompagnée	
	LHSS ADDSEA PONTARLIER		AMP	
			Assistante sociale	
			Chef de service	
			2 personnes accompagnées	

⁷⁹ Les personnes rencontrées sur plusieurs réunions (par exemple lors d'un entretien avec l'équipe LHSS et lors d'une réunion territoriale) n'ont été renseignées qu'une seule fois.

TERRITOIRE	TYPE DE RENCONTRE ET STRUCTURE	FONCTION	
DOUBS	RENCONTRE TERRITORIALE	ADOMA	-
		ALIA	Directrice adjointe
		CD 25	Coordinatrice logement
		CHRS GARE BTT	-
		CHRS J. Javel	Chef de service
		DDCSPP 25	Service Hébergement + 1 personne
		Maison du Pré	2 personnes
		SAAS	Travailleuse sociale
		SIAO 25	Chef de service
		Solidarité Femmes	Educateur spécialisé
HAUTE SAONE	RENCONTRE TERRITORIALE	AHBFC	Assistante sociale
		AHBFC	Coordinatrice PASS Psy
		AHSRA/CHRS	CESF
		AHSRA/SIAO	Educateur spécialisé
		CD 70	Assistante sociale
		DDCSPP 70	Chef de service
		DDCSPP 70	Gestionnaire politique du logement
JURA	RENCONTRE TERRITORIALE	AIR	CESF
		APANAL	-
		CCAS	-
		CHRS CCAS	Directeur
		CIDFF 39	Accompagnatrice sociale
		DDCSPP 39	Chef du service des politiques sociales
		DDT 39	-
		OASIS	-
		OPH du Jura	CESF + 1 personne
		SOLIHA	Gestionnaire
		SPIP	-
		UDAF du Jura	Coordinatrice Maison Relais
		Unité territoriale Action sociale CD 39	Chef de service

TERRITOIRE	TYPE DE RENCONTRE ET STRUCTURE		FONCTION
NIEVRE	RENCONTRE TERRITORIALE	ANAR	Directrice
		Association Le Relais	Directrice adjointe
		COALIA	Responsable hébergement
		DDCSPP 58	Cheffe de service hébergement logement
		DDCSPP 58	Secrétaire administrative
		PEP CBFC	Directeur départemental
		France Victimes ANDAVI	Juriste coordinatrice
		France Victimes ANDAVI	Vice-présidente
		PAGODE	Directrice
		PAGODE SIAO 58	Coordinatrice
		Pole DAR FOL 58	Chef de service
		Pole DAR FOL 58	Directrice
		SIAO 58	Coordinatrice
		SIAO 58	Chef de service
		SPIP	Directrice
SAONE ET LOIRE	LHSS LE PONT LE CREUSOT		Cheffe de service CRHS-LHSS-Maison Relais
			Directrice Le Pont Territoire Nord-Ouest
			2 éducatrices spécialisées
			IDE Cabinet libéral
			1 personne accompagnée
	LHSS LE PONT MACON		Assistante sociale
			Chef de service
			Maitresse de maison
			Médecin Référent - Médecin PASS CH Macon
	RENCONTRE TERRITORIALE	ADOMA	CESF + 2 personnes
		Maison Relais Macon	-
		CCAS Autunois Morvan	CESF
		DDCSPP 71	Conseillère / experte en secteur social
		DDCSPP 71	Chargé de mission secteur AHI
		Espace Santé Habitat Jeunes	Conseillère Garantie Jeunes

TERRITOIRE	TYPE DE RENCONTRE ET STRUCTURE		FONCTION
TERRITOIRE DE BELFORT	RENCONTRE TERRITORIALE	Armée du Salut	Coordinatrice Pole Urgence et Mise à l'Abri
		CCAS Belfort	Assistante sociale
		CD 90 / 4 As	Responsable Pole Accueil Solidarité
		Pole logement 4 As	Assistante sociale
		SIAO 90	Coordinatrice
		Solidarité femmes	Assistante sociale
		SPIP 90/70	Directrice antenne de Belfort
YONNE	RENCONTRE TERRITORIALE	ARS DD 89	Inspectrice ARS Chargée de la prévention
		CCAS Tonnerre	Adjointe
		CCAS Mairie Tonnerre	Conseiller administrateur
		CCAS Auxerre	Directeur adjoint Responsable Pole Hébergement
		CD 89	Service logement
		CRF/SIAO 89	Responsable
		Croix Rouge Française	Directrice adjointe
		DDCSPP 89	Gestionnaire dispositifs Solidarité et intégration
		DDCSPP 89	Service Hébergement Logement
REGIONAL	COORDINATION SIAO / PASS	AHBFC	Coordinatrice PASS Psy Aire Urbaine
		AHSRA	Référent SIAO 70
		ARS	Direction Santé Publique
		ARS	Chargée de mission Parcours précarité/PRAPS
		ARS	Chargée de mission
		CH La Chartreuse	Coordinatrice psychiatrie
		CH Novillars	Chef de service EMPP
		CH Novillars	Cadre de santé
		CH Novillars	Cadre de santé
		CH Val de Saône	Assistante sociale PASS
		CHS Yonne	Cadre supérieure de santé
		CRPA	Délégué 71
		DDCSPP 25	Responsable Hébergement et Logement Adapté
		DDCSPP 39	Directeur adjoint
		DDCSPP 70	Cheffe de service adjointe Prévention exclusion

TERRITOIRE	TYPE DE RENCONTRE ET STRUCTURE	FONCTION	
REGIONAL	COORDINATION SIAO / PASS	DDCSPP 90	Adjointe Cheffe de service
		DRDJSCS	Chargée de mission AHI
		DRDJSCS	Assistante Pole politiques sociales
		DRDJSCS	Adjoint au Chef de Pole des politiques sociales
		DRDJSCS	Responsable Pole politiques sociales
		FAS	Déléguée régionale
		FAS	Président
		FAS	Chargée de mission santé
		FEHAP	Chargée de mission
		Groupe Hospitalier 70	Cadre de santé
		Union Sociale Habitat	Chargée de mission

ANNEXE 3 : CARTE D'IDENTITE DES LHSS DE BOURGOGNE-FRANCHE-COMTE

Département	Ville	Organisme gestionnaire	Année ouverture	Nb. de places	Fonctions médicales et paramédicales ⁸⁴	Fonctions socio-éducatives	Actions d'éducation thérapeutique et socioéducatives spécifiques ⁸⁵	Partenariats / liens spécifiques ⁸⁶	Accueil des animaux
COTE D'OR	Dijon	Association Le Renouveau	2006	4	Médecin spécialisé en addictologie IDE salariés (1.26 ETP)	Travailleur social ⁸⁷ (0.1 ETP)	Actions de sensibilisation (nourriture, tabac, etc.) Animations ponctuelles en lien avec le CHRS (karaoké, etc.) Arts créatifs Cahier et réunions sur les satisfactions / insatisfactions	EMPP Unité de soins palliatifs HAD Centre de santé SDAT SEDAP ANPAA Cabinet libéral de kinésithérapie SOS médecin FEDOSAD	Non

⁸⁴ Ne figurent pas dans cette rubrique et la suivante les ETP administratif, entretien des locaux, direction, etc.

⁸⁵ Il s'agit des actions d'éducation thérapeutique et d'actions socioéducatives mises en place par les LHSS autres que l'aide aux démarches administratives (ouverture de droits, etc.) et à la recherche d'un hébergement / logement

⁸⁶ Il s'agit d'une liste non exhaustive de partenariats ou liens établis avec des structures, extérieurs à ceux conduits avec l'offre de service développée par l'association gestionnaire du LHSS, et autres que ceux existants dans l'ensemble des LHSS pour mener leurs principales missions en santé/social : pharmacie, CHU, cabinet IDE libéral, bailleurs sociaux, etc.

⁸⁷ Les titres « travailleur social » correspondent à des personnels éducatifs faisant fonction d'éducateur spécialisé

Département	Ville	Organisme gestionnaire	Année ouverture	Nb. de places	Fonctions médicales et paramédicales ⁸⁴	Fonctions socio-éducatives	Actions d'éducation thérapeutique et socioéducatives spécifiques ⁸⁵	Partenariats / liens spécifiques ⁸⁶	Accueil des animaux
COTE D'OR		SDAT	2010	5	Médecin généraliste IDE salarié (1 ETP) Psychologue salarié ⁸⁸ (0.1 ETP)	Travailleur social (0.5 ETP)	Ateliers de prévention, (nourriture, etc.) et psychothérapeutique (photo langage) Séances « bien être » (coiffure, shiatsu, etc.) Animations (jardin pédagogique, percussions corporelles, sorties cinéma/piscine, cours d'anglais, etc.)	Etudiants IFSI EMPP SPIP Equipe mobile soins palliatifs CAARUD EMMAUS DIVIA mobilité ACODEGE CCAS Champmaillot	Oui sous conditions
DOUBS	Besançon	CCAS	2010	9	Médecin généraliste (0.16 ETP) IDE salarié (1 ETP) + IDE libéral (0.5 ETP) AMP salarié (1 ETP)	Travailleur social (1 ETP)	Temps collectifs (café hebdo, etc.) Animations (sorties culturelles, etc.)	CHS ANPAA AIDES EMPP SOLEA Atelier santé mentale SPA de rue (massage) Mission locale UDAF GEM	Non

⁸⁸ Le psychologue propose des accompagnements individuels et collectifs pour les personnes accueillies en LHSS

Département	Ville	Organisme gestionnaire	Année ouverture	Nb. de places	Fonctions médicales et paramédicales ⁸⁴	Fonctions socio-éducatives	Actions d'éducation thérapeutique et socioéducatives spécifiques ⁸⁵	Partenariats / liens spécifiques ⁸⁶	Accueil des animaux
DOUBS	Montbéliard	CCAS	2011	4	Médecin généraliste (0.2 ETP) IDE libéral (0.25 ETP) AS salarié (0.4 ETP)	CESF (0.25 ETP) ES (0.25 ETP)	Aide à la réinsertion professionnelle Aide à la conception d'un budget Reprise des liens familiaux Aide à la création d'animations (boite à idées) Temps collectifs (café, gymnase, cuisine, pétanque, etc.)	IREPS CSAPA SAMSAH Assoc. d'aide à domicile CMP Ensemble DéFi IDEIS Mission locale ADDSEA (chantier d'insertion) Association CRESUS (conseil pour les personnes en difficultés financières)	Non
	Pontarlier	ADDSEA	2011	4	Partenariat médecin généraliste (consultation au cabinet 1 fois/sem) AMP (1.55 ETP)	CESF (0.2 ETP)	Ateliers bien-être (esthétique, sophrologie, etc.), cuisine ⁸⁹ , informatique Art thérapie	CCAS CSAPA APAT Coiffeur	Non

⁸⁹ Cette activité est animée par un agent d'entretien

Département	Ville	Organisme gestionnaire	Année ouverture	Nb. de places	Fonctions médicales et paramédicales ⁸⁴	Fonctions socio-éducatives	Actions d'éducation thérapeutique et socioéducatives spécifiques ⁸⁵	Partenariats / liens spécifiques ⁸⁶	Accueil des animaux
SAONE ET LOIRE	Le Creusot ⁹⁰	Association Le Pont	2013	6	Médecin généraliste (vacation selon besoins) IDE libéral (vacation selon besoins)	Travailleur social (0.75 ETP)	Ateliers et sorties avec le CHRS (Disneyland, cinéma, etc.)	Cabinet de kinésithérapie DOMISOL (portage repas) Solidarité service (entretien) ALSTOM (levée de fonds pour activités) CRPA SAMSAH (en cours)	Oui sous conditions
	Mâcon	Association Le Pont	2010	4	Consultations médecin PASS (selon besoins) IDE libéral Maison de santé (vacation selon besoins)	Travailleur social + ASS (0.75 ETP)	Animations ponctuelles (cuisine, pétanque, etc., notamment avec l'association des anciens résidents de CHRS)	HAD Equipe mobile de soins palliatifs EMPP Fers Ensemble (blanchisserie)	Oui sous conditions

⁹⁰Précisons que le LHSS du Creusot était en restructuration de son équipe et de son fonctionnement lors de la rencontre en juillet 2018 et que de nouvelles actions et partenariats ont été mis en place depuis.

ANNEXE 4 : BIBLIOGRAPHIE

AGENCE NOUVELLE DES SOLIDARITES ACTIVES, Comment mieux prendre en charge la santé des personnes sans domicile ? Repérages et pratiques innovantes, Mai 2016

ARS BOURGOGNE-FRANCHE-COMTE, Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies 2018-2022

ARS Ile de France, Guide santé à destination des acteurs de la filière de l'hébergement, 2016

BOIDIN DUBRULE Marie-Hélène, JUNIQUE Stéphane, Les personnes vivant dans la rue : l'urgence d'agir, Décembre 2018

BOUSQUET Danielle, La santé et l'accès aux soins : une urgence pour les femmes en situation de précarité, Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes, Mai 2017

CORNU-PAUCHET Marianne, DENORMANDIE Philippe, L'accès aux droits et aux soins des personnes en situation de handicap et des personnes en situation de précarité, Juillet 2018

DRDJSCS BOURGOGNE-FRANCHE-COMTE, Atlas de la cohésion sociale, Décembre 2018

HAUT COMITE POUR LE LOGEMENT DES PERSONNES DEFAVORISEES, 5 conditions nécessaires à la mise en œuvre du « logement d'abord », novembre 2018

INSEE et DRDJSCS BOURGOGNE-FRANCHE-COMTE, Diagnostic territorial en appui au plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, Mars 2017

JAEGER Marcel, L'actualité et les enjeux de la coordination des actions et des dispositifs, Dans Vie sociale, 2010

LONDON Jack, Le peuple de l'abîme, 1903

MINISTERE DE LA COHESION DES TERRITOIRES, Plan quinquennal pour le logement d'abord et contre le sans abrisme 2018-2022

OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE NOUVELLE AQUITAINE, Facteurs de non recours aux soins des personnes en situation de précarité, Octobre 2017

PICON Elise, Dr SANNINO Nadine, MINET Béatrice, HENOCQ Anne-Cécile, SEIGNEUR Romain, Evaluation du dispositif LHSS, Itinere CONSEIL, Février 2013

PORQUET Jean Luc, La débîne, 1987

SUDERIE Guillaume, Lits Halte Soins Santé en Occitanie, CREA-ORS Midi-Pyrénées Languedoc Roussillon, Octobre 2016

ANNEXE 5 : SIGLES UTILISES

AAH	Allocation Adulte Handicapé
AAP	Appel A Projet
ACT	Appartement de Coordination Thérapeutique
ADDSEA	Association Départementale du Doubs de Sauvegarde de l'Enfant à l'Adulte
AHI	Accueil Hébergement Insertion
AIR	Association Intercommunale de Réinsertion
ALD	Affection Longue Durée
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
ARS	Agence Régionale de Santé
AS	Aide-Soignante
ASLL	Accompagnement Social Lié au Logement
ASS	Assistante de Service Social
AVDL	Accompagnement Vers et Dans le Logement
BFC	Bourgogne-Franche-Comté
CAARUD	Centre d'accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour les Usagers de Drogues
CADA	Centre d'Accueil pour Demandeur d'Asile
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CCRPA	Conseil Consultatif Régional des Personnes Accompagnées
CDAPH	Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
CESF	Conseillère en Economie et Familiale
CHRS	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CILE	Comité Interministériel de Lutte contre les Exclusions
CLSM	Conseil Local de Santé Mentale
CMP	Centre Médico Psychologique
CMU-C	Couverture Maladie Universelle Complémentaire
CNAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CREAI	Centre Régional d'Etudes, d'actions et d'Informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité
CSAPA	Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CVS	Conseil de la Vie Sociale
DDCSPP	Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations
DRDJSCS	Direction Régionale et Départementale Jeunesse, Sport et Cohésion Sociale
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ELAN	Evolution du Logement de l'Aménagement et du Numérique
EMPP	Equipe Mobile Psychiatrie Précarité
ETP	Equivalent Temps Plein

ES	Educateur spécialisé
FAM	Foyer d'Accueil Médicalisé
FAS	Fédération des Acteurs de la Solidarité
GEM	Groupe d'Entraide Mutuelle
HAD	Hospitalisation A Domicile
HDA	Hébergement pour Demandeur d'Asile
HPST	Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires
HU	Hébergement d'Urgence
HUDA	Hébergement d'Urgence pour Demandeur d'Asile
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
IFSI	Institut de Formation en Soins Infirmiers
IML	Inter Médiation Locative
INPES	Institut National de Prévention et d'Education à la Santé
LAM	Lit d'Accueil Médicalisé
LHSS	Lit Halte Soins Santé
MAPAM	Maison d'Accueil pour Personnes Âgées Marginalisées
MAS	Maison d'Accueil Spécialisée
MASP	Mesure d'Accompagnement Social Personnalisé
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
OFPRA	Office Français de Protection des Réfugiés et des Apatrides
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OQTF	Obligation de Quitter le Territoire Français
PA	Personnes Agées
PASS	Permanences d'Accès aux Soins
PDALHPD	Plan Départemental d'Action pour le Logement et l'Hébergement des Personnes Défavorisées
PRAPS	Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
PRS	Projet Régional de Santé
PUMa	Protection Universelle Maladie
RSA	Revenu de Solidarité Active
SDAT	Société Dijonnaise de l'Assistance par le Travail
SDF	Sans Domicile Fixe
SIAO	Service Intégré de l'Accueil et de l'Orientation
SPIP	Service Pénitentiaire d'Information et de Probation
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
UDAF	Union Départementale des Associations Familiales
UE	Union Européenne
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

